

**UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA**  
**INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO**

**MESTRADO EM: Sociologia Económica e das Organizações**

**A Satisfação do Utente no Serviço de Consulta Externa  
do Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro**

**Estudo da satisfação dos utentes da consulta externa de  
Oftalmologia e Ortopedia**

*Maria Amélia da Silva Carvalheira*

**Orientação:** Doutor José Maria Carvalho Ferreira

**Júri:**

**Presidente:** Doutor José Maria Carvalho Ferreira

**Vogais:** Doutor António Caetano

Doutora Maria Manuela de Brito Arcanjo

Lisboa, Julho de 2003

«Um sistema não é uma cabeça.  
Um móvel não é gente.  
Todos os processos e todos os aparelhos  
resultarão inúteis para as organizações,  
se as cabeças dos indivíduos que os empregam,  
não estiverem convenientemente organizados.  
E essas cabeças estarão organizadas,  
se estiver organizada devidamente,  
a mesma parte do corpo do chefe que os dirige.  
Assim como se podem escrever asneiras  
com uma máquina de escrever do ultimo modelo,  
também se podem fazer disparates  
com os sistemas e aparelhos mais perfeitos  
para ajudar a não fazê-lo.  
Sistemas, processos, móveis, máquinas,  
aparelhos, são como todas as coisas  
mecânicas e materiais,  
elementos puramente auxiliares.  
O verdadeiro processo é PENSAR.  
A máquina fundamental é a INTELIGÊNCIA».

Fernando Pessoa (1926)

## **Abstract**

The present dissertation makes an analysis of the process that leads to the instalment of health care in clinic in two specific services Orthopaedic and Ophthalmology, in the Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro.

This analysis had in presence the actual trends that were draw in this area, not only in terms of hospital management, but also and over all, in terms of the changes, requirements and pretensions of the main interested parties, the usuries.

Based on bibliographical research, had been boarded the main concepts connected to the problematic in cause, suck as the satisfaction and the quality of the given services.

Interviews had been carried through all intervening ones (doctors, nurses, assistant of medical share and administrative personal) in the process of health care. Equally was distributed an inquiry to the usuries, to measure the perception of the same ones, relatively to their satisfaction about the services that had been given to them in a way to compare their responses with our influential parameters.

Finally, were made some considerations and suggestions based in observations taken locally, and with information acquired through the interviews and inquiries.

### **Key Words:**

Satisfaction of the usuries, Quality of the given services, Health Management of Health

## **Resumo**

A presente dissertação faz uma análise do processo que leva à prestação de cuidados de saúde em ambulatório em duas valências específicas – Ortopedia e Oftalmologia, no Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro.

Esta análise teve em presença as actuais tendências que se desenham nesta área, não só em termos de gestão hospitalar, mas também e sobretudo, em termos das mudanças, exigências e pretensões dos principais interessados, os utentes.

Com base na pesquisa bibliográfica, foram abordados os principais conceitos ligados à problemática em causa, designadamente a satisfação e a qualidade dos serviços prestados.

Foram realizadas entrevistas a todos intervenientes (médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica e pessoal administrativo) no processo de prestação de cuidados de saúde. Foi igualmente efectuado um inquérito aos utentes, para medir a percepção dos mesmos relativamente a alguns parâmetros influentes na sua satisfação com os serviços lhes foram prestados, e compará-los entre si.

Por ultimo, fizeram-se algumas considerações e sugestões com base quer nas observações levadas a cabo no local, quer na informação adquirida através das entrevistas e inquéritos.

Palavras-chave:

Satisfação dos utentes, Qualidade dos serviços prestados, Saúde, Gestão de Saúde.

# Índice

Abstract	3
Resumo	4
Lista de fluxogramas, gráficos, tabelas e quadros	7
Lista de Siglas	9
Agradecimentos	10
 1. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	 11
1.1. Introdução	11
1.2. Formulação da problemática	12
1.3. Objectivos do estudo	14
1.4. Metodologia de trabalho, métodos e técnicas escolhidos	15
1.5. Limitações do estudo	18
 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	 20
2.1. A satisfação nos serviços de saúde	20
2.1.1. O conceito	21
2.1.2. As dimensões da satisfação e suas condicionantes	25
2.1.3. Satisfação versus qualidade de cuidados de saúde	28
 2.2. O sector da saúde	 31
2.2.1. A emergência de um novo paradigma organizacional	36
2.2.2. A presença de novos desafios	44
2.2.3. O Sistema Nacional de Saúde	51
2.2.3.1. Serviços públicos hospitalares	53
2.2.3.2. O hospital como uma unidade prestadora de serviços	55
2.2.3.3. Os públicos do hospital	58
2.2.3.4. A qualidade dos serviços prestados	60
 3. ANÁLISE EMPIRICA – ESTUDOS DE CASO	 65
3.1. Os hospitais no sistema de saúde português	65
3.1.1. Os serviços de cuidados de saúde em ambulatório	67
3.1.2. O hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro	69
3.1.2.1. Historial e enquadramento do Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro	69
3.1.2.2. Alguns indicadores demográficos da zona de intervenção do hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro	71
3.1.2.3. As consultas externas do Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro	73
3.1.2.3.1. Dados estatísticos das consultas externas	76
 3.2. Metodologia de Investigação	 77
3.2.1. Selecção das dimensões a avaliar	77

3.2.2. Construção e administração do questionário	79
3.3. Apresentação e discussão dos resultados	80
3.3.1. Caracterização da população	80
3.3.2. Acesso aos cuidados	84
3.3.3. Análise da satisfação dos utentes	86
3.3.3.1. Análise da satisfação dos utentes em relação ao acesso aos cuidados	86
3.3.3.2. Análise da satisfação dos utentes em relação às amenidades	90
3.3.3.3. Análise da satisfação dos utentes em relação aos cuidados prestados	92
3.2.3.4. Conclusões e Recomendações	95
3.2.3.4. 1. Conclusões	95
3.2.3.4. 2. Recomendações	96
4. CONCLUSÕES	101
4.1. Conclusões finais	101
4.2. Perspectivas de futuras investigações	103
Bibliografia	105
Anexos	115
Anexo I - Carta de apresentação e solicitação ao Conselho de Administração do HNSR, para desenvolver o estudo naquela instituição.	
Anexo II - Guião de Entrevista	
Anexo III - Questionário	
Anexo IV – Caracterização da População	
Anexo V- Caracterização do acesso aos cuidados de saúde	
Anexo VI – Análise da Satisfação dos Utesntes	

## **Lista de fluxogramas, gráficos, tabelas e quadros**

### **Fluxogramas**

Fluxograma n.º 1 – Modelo destinado a melhorar a prestação de serviços.

### **Gráficos**

Gráfico nº1 – Número Total de Consultas Externas realizadas no HNSR nos anos de 1997 a 2000 e sua separação em primeiras e segundas consultas.

### **Tabelas**

Tabela nº1 – Produção Hospitalar

Tabela nº2 – Despesas com a Saúde: Portugal e outros Países

Tabela nº3 – Distribuição da população servida pelo HNSR

Tabela nº4 – Estrutura etária da População servida pelo HNSR

Tabela nº5 – Nível de Ensino atingido pela população servida pelo HNSR

Tabela nº6 – Saneamento básico da população servida pelo HNSR

Tabela nº7 – Distribuição de gabinetes, numero de médicos e horas afectas a cada uma das especialidades de consulta externa.

### **Quadros**

Quadro nº1 – Idade dos utentes inquiridos por especialidade

Quadro nº2 – Sexo dos utentes inquiridos, por especialidade

Quadro nº3 – Grau de instrução dos utentes inquiridos, por especialidade

Quadro nº4 – Concelho de Residência dos utentes, por especialidade e distância do Barreiro

Quadro nº5 – Forma como o utente veio referenciado para a consulta, na primeira vez

Quadro nº6 – Como o utente procedeu para marcar a consulta

Quadro nº7 – Tempo de espera para a realização da consulta

Quadro nº8 – Tempo que o utente achou que ia ter de esperar pelo médico

Quadro nº9 – Tempo que passou até o utente ser visto pelo médico

Quadro nº10 – A percepção que o utente teve do tempo que esteve à espera

Quadro nº11 – Sentimento do utente relativamente aos tempos de espera desta consulta

Quadro nº12 – Condições da sala de espera no serviço de Consultas Externas

Quadro nº13 – Condições da sala de consulta no serviço de Consultas Externas

Quadro nº14 – Como o utente qualifica o serviço que lhe foi prestado



## **Lista de Siglas**

<b>AP</b>	Administração Pública
<b>DGS</b>	Direcção Geral de Saúde
<b>HNSR</b>	Hospital Nossa Senhora do Rosário
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>IPSS</b>	Instituições Particulares de Solidariedade Social
<b>ISEG</b>	Instituto Superior de Economia e Gestão
<b>ISSO</b>	The International Organization for Standardization
<b>OCDE</b>	Organisation for Economic Cooperation and Development
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>TIC</b>	Tecnologias de Informação e Comunicação

## **Agradecimentos**

Muitos foram aqueles que contribuíram de uma forma ou de outra para a realização deste trabalho. A todos o mais sincero agradecimento.

Não poderei deixar de particularizar este reconhecimento aos que estiveram mais implicados neste percurso.

Ao Professor Doutor José Maria Carvalho Ferreira por ter aceite a orientação deste trabalho, pelo estímulo, compreensão e apoio que me proporcionou.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio e incentivo.

Ao Conselho de Administração do Hospital, agradeço as facilidades concedidas na prossecução desta investigação.

A todos os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares e administrativos) ligados à área de consultas externas de Oftalmologia e Ortopedia, a sua disponibilidade e facilidades concedidas para a realização deste trabalho.

Aos utentes, pela sua colaboração imprescindível para a componente empírica deste estudo.

# 1. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

«Ave nenhuma voa alto demais  
se voa  
com as próprias asas»

William Blake

## 1.1. Introdução

Hoje em dia, um pouco por todo o lado e através dos órgãos sociais, assiste-se a um descontentamento relativamente ao mau serviço que os utentes recebem das instituições públicas de saúde.

A área de Saúde é das mais críticas para o bem estar da população, e também ou talvez mais, aquela onde se fazem sentir as recentes tendências para um aumento da importância da qualidade nos serviços prestados. Os hospitais (por razões que fogem do âmbito deste estudo), são peças centrais na prestação de cuidados de saúde e como tal estão sujeitos à maior parte destas novas pressões e manifestações.

Considerando estas tendências, a presente dissertação aborda o tema da “satisfação dos utentes no serviço de consulta externa”.

Optou-se por uma análise tipo estudo de caso, permitindo uma reflexão entre um caso real e sua consonância com as actuais tendências que se desenham para a referida área. Foi realizada uma análise ao processo de prestação de cuidados de saúde em duas valências da consulta externa, no Hospital Nossa Senhora do Rosário, assim como entrevistas e inquéritos aos seus intervenientes, com o objectivo de inquirir a sua opinião sobre alguns parâmetros relativos à qualidade/satisfação do serviço prestado. Consideraram-se dois tipos

de intervenientes: os externos, ou seja, como sendo os utentes que se deslocam a uma das especialidades em estudo (Oftalmologia e Ortopedia), e como internos os médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica e pessoal administrativo afecto a essas duas valências. Da análise efectuada, retiraram-se algumas conclusões e sugestões, que serão apresentadas no final, relativamente às opiniões dos inquiridos, bem como a posição do hospital face às tendências internacionais que se desenham para o sector da saúde.

No entanto, dadas as limitações do ponto de vista de análise, e visto que os resultados não podem ser extrapolados, muito gostaríamos que este trabalho constitui-se o ponto de partida para novos estudos, pois, estudar a satisfação dos utentes implica considerar todos os cidadãos que se dirigem ao serviço, o que não cabe no âmbito deste trabalho.

## **1.2. Formulação da Problemática**

O hospital é uma organização bastante complexa, que possibilita diversas perspectivas de análise e estudo. Dadas as limitações temporais a que esta dissertação esteve sujeita, e por muito interessante e estimulante que fosse efectuar um estudo mais abrangente, houve que restringir o mesmo, a uma análise dos cuidados de saúde prestados em ambulatório.

Esta opção teve em consideração as actuais tendências na área da saúde, onde os cuidados de saúde prestados em ambulatório assumem cada vez maior importância, devido não só a aspectos relacionados com a redução de custos operacionais, mas também e cada vez mais com as alterações de hábitos e expectativas dos utentes na percepção e exigência dos

cuidados prestados pelas Instituições de Saúde, onde o hospital assume um papel importante em termos económicos e sociais na sociedade.

Para o hospital em questão, ao pretender-se saber qual o grau de satisfação da população em relação aos serviços recebidos, poder-se-á esboçar qual a imagem do HNSR na população utilizadora, tão importante para o prosseguimento da sua actuação, como para a sua avaliação final.

Ao nível organizativo a detecção de problemas específicos será útil na orientação e definição de medidas a tomar por parte da administração, numa perspectiva da melhoria dos serviços prestados à comunidade.

Estas preocupações constam da Lei de Gestão Hospitalar<sup>1</sup> que refere que “ os cidadãos têm direito a esperar dos hospitais, instituições cujos fins sociais não podem ser esquecidos, um tratamento que se situe ao nível de qualidade, que o respeito que merecem e os meios humanos e materiais tornam razoável esperar. A avaliação daquilo que neles é realizado, em termos de rentabilidade dos serviços, mas também e talvez sobretudo de garantia de qualidade, revela-se cada vez mais como tarefa complexa e indispensável que deve preocupar os responsáveis e estar sempre presente na administração de um hospital”

Os utentes são também um dos principais interessados, uma vez que este trabalho deu-lhes a possibilidade de expressarem a sua opinião de forma significativa e sistematizada sobre esta área. A sua contribuição deverá conduzir a uma melhoria dos serviços prestados, tendo em conta as suas expectativas.

Os esforços dos agentes hospitalares, médicos, gestores devem igualmente concorrer para melhorar a imagem do hospital na comunidade a fim de satisfazer os objectivos pretendidos.

---

<sup>1</sup> Dec. Lei nº19/88 de 21 de Janeiro – Lei de Gestão Hospitalar

### 1.3. Objectivos do Estudo

Este trabalho tem um carácter exploratório, podendo futuramente ser aprofundado noutras áreas. Pode também ser encarado como um instrumento de gestão, contribuindo para a detecção de possíveis disfuncionamentos no seio da organização hospitalar, auxiliando no desenvolvimento de novas estratégias que possibilitem melhoria dos cuidados prestados ao utente.

Assim, o presente estudo teve como objectivo principal, avaliar a satisfação dos utentes nas consultas externas do Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro, pretendendo-se verificar se aqueles serviços têm como um dos seus objectivos - “ *Prestação de Serviços orientada para as reais necessidades dos seus utentes*”.

A este objectivo esteve subjacente uma metodologia que permitiu simultaneamente uma avaliação crítica dos serviços prestados e a detecção de problemas existentes nos serviços que constituíram o objecto de estudo deste trabalho, nomeadamente:

- Conhecer e caracterizar o funcionamento e a organização interna do serviço de consultas externas, no que se refere ao acesso às consultas de Oftalmologia e Ortopedia;
- Proceder à análise de todo o processo burocrático pelo qual o utente terá que forçosamente de passar para ter acesso às consultas, e consequentemente todas as relações interpessoais que se estabelecem entre os utentes e profissionais implicados no referido processo;

- Aproveitar a crescente consciência que as pessoas vão tendo dos seus direitos, para saber quais são as suas opiniões e valorizações relativamente às amenidades, aos médicos e restantes profissionais;
- Auscultar as expectativas e desejos que se traduzem numa maior atitude crítica relativamente aos serviços recebidos, identificando os aspectos mais relevantes, quer de uma forma positiva ou negativa, de modo a compreender e caracterizar as suas necessidades e expectativas ao nível dos cuidados médicos;
- Identificar os principais disfuncionamentos que afectam o normal funcionamento do serviço de consultas externas de Oftalmologia e Ortopedia;

Na presença destes aspectos, pretendeu-se demonstrar a utilidade das opiniões dos utentes para a avaliação da satisfação dos utentes relativamente aos serviços prestados, e adequação desses mesmos serviços de acordo com as reais necessidades e expectativas apresentadas.

#### **1.4. Metodologia de trabalho, métodos e técnicas escolhidos.**

Qualquer trabalho de investigação, pressupõe uma delimitação e definição do objecto de estudo de modo a permitir a escolha do método mais adequado, é obvio que o saber e a experiência de investigadores anteriores nos ajudaram a escolher quais os métodos e técnicas mais adequados ao tipo e natureza do estudo que nos propusemos desenvolver.

Tendo presente os objectivos anteriormente enumerados, tornou-se condição necessária para a execução do trabalho a obtenção do maior número de informação possível, pelo que se optou pela conjugação de métodos qualitativos e quantitativos.

Assim, o mesmo foi estruturado de acordo com as seguintes fases :

*A primeira fase constituiu a exploração*, cujo objectivo foi precisar o objecto e delimitar o nosso campo de análise, através de:

- leituras de estudos já realizados em matérias relacionadas com a satisfação e qualidade de prestação de cuidados;
- análise de documentos estatísticos, relatórios, livro de reclamações, legislação e regulamentos internos de modo a identificar ou conhecer todas as características da unidade hospitalar em estudo e, em particular a caracterização da estrutura e funcionamento da referida instituição no serviço de consultas externas.

*A segunda fase foi de observação empírica*, onde se procedeu à recolha de dados necessários para a concretização dos objectivos do trabalho, a qual incidiu sobre uma amostra cujos critérios foram definidos de acordo com os dados obtidos na Instituição. Foram analisados aspectos relacionados com a satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde prestados nos dois serviços (Ortopedia e Oftalmologia) que constituem o nosso estudo, sendo aplicadas as seguintes técnicas:

- Entrevistas semi-estruturadas aos profissionais directamente ligados ao serviço de consultas externas. Com estas entrevistas pretendeu-se em primeiro lugar, conhecer melhor estes prestadores de cuidados hospitalares, dirigentes e funcionários, para avaliar o grau de satisfação interna, nomeadamente no que se refere às relações entre departamentos e funções, bem como a avaliação das características das relações interpessoais que se estabelecem entre os utentes e os profissionais, e destes entre si, assim como a sua percepção sobre os aspectos



seleccionados para identificação da problemática da satisfação no questionário administrado aos utentes.

- Inquérito por questionário aos utentes, com o objectivo de avaliar quais as suas opiniões e expectativas face aos serviços prestados e consequentemente qual o seu grau de satisfação. Para a sua elaboração utilizamos essencialmente perguntas fechadas, não só por facilitarem o preenchimento do questionário, uma vez que as respostas são dadas e registadas rapidamente, mas também em virtude de permitirem respostas objectivas e diminuir a dispersão ou posições dúbias quanto a determinado assunto, facilitando ainda a sua posterior codificação.
- Observação não participada em zonas de espera – observação directa nos postos de atendimento. Presume-se, embora sem confirmação objectiva, que os problemas decorrentes das longas listas de espera, da falta de pessoal, a deficiente circulação da informação, entre outros, conduzem a uma má imagem.

*Na terceira fase procedeu-se à análise e tratamento da informação recolhida, elaborando uma caracterização do hospital e dos dois serviços em estudo, mediante apresentação dos resultados.*

## 1.5. Limitações do Estudo

As actuais mudanças estão a motivar o aparecimento de outro tipo de prestação de cuidados de saúde, e de uma nova gestão da saúde, isto é, aplicação de diversas teorias e técnicas a esta área, resultando num novo modo de gerir e encarar a saúde.

Melhorar o sistema de saúde tendo em vista a centralidade no cidadão/utente é hoje um valor claramente assumido nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Mas nem sempre foi assim.

A abertura dos serviços de saúde ao exterior torna-se cada vez mais evidente, questionando-se a organização tradicional e a qualidade do serviço oferecido.

No entanto, analisar “o sistema de saúde tendo em vista a centralidade do cidadão”, seria de todo impossível realizar num trabalho desta natureza. Como anteriormente já referido, o próprio hospital, é por si só bastante complexo, possibilitando diversas perspectivas de análise e de estudo, pelo que houve que optar apenas por uma análise aos serviços de cuidados de saúde prestados em ambulatório.

Dadas as limitações temporais e financeiras a que um trabalho destes está sujeito, por muito interessante e estimulante que fosse uma análise global do ambulatório, também aqui tivemos que restringir a nossa escolha a duas valências: Consulta Externa de Ortopedia e Consulta Externa de Oftalmologia. As duas valências estudadas, são as que apresentam maior numero de consultas efectivadas no hospital, o que de algum modo nos faz acreditar, que a presente pesquisa, poderá contribuir para uma melhoria dos serviços prestados em ambulatório.

Por outro lado, na pesquisa bibliográfica efectuada, deparámo-nos com poucos artigos que abordassem a área da saúde, sob a perspectiva dos cuidados de saúde em ambulatório. Não encontrámos nenhum trabalho que analisasse os cuidados prestados em ambulatório noutros hospitais, de modo a possibilitar uma análise comparativa com o Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, o que quanto a nós, seria bastante enriquecedor.

Nos estudos de caso, dado o baixo nível de escolaridade que caracteriza a população e as próprias limitações físicas dos doentes, a aplicação do questionário foi conduzido pela autora (tendo-se apresentado como aluna do ISEG), aos utentes que se encontravam junto à porta dos gabinetes médicos. O período sobre o qual incidiu a amostra foi de 2 semanas, originando uma certa morosidade nas respostas, e impossibilitando um maior número de respostas. Este período de referência foi igualmente condicionado pela ausência de alguns profissionais.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

«O homem não poderá nunca descobrir  
novos oceanos  
se não tiver a coragem de perder  
a terra de vista».

André Gide

### 2.1. A Satisfação nos Serviços de Saúde

Ao longo dos anos muitos autores se têm dedicado a este tema, que está longe de reunir consensos. De uma forma genérica, satisfação será o contentamento, o prazer que resulta da realização do que se espera e do que se deseja.

As pesquisas de satisfação no âmbito da saúde, tiveram início nos anos 50 e foram feitas por sociólogos (Parsons, Szasz e Hollender). Apoiavam-se na interacção médico-doente e a satisfação era entendida como a continuidade dos cuidados ou como a intenção de seguir o tratamento prescrito.

Numa primeira forma, ainda muito rudimentar, a satisfação tornava-se num pré-requisito de cuidados de saúde de qualidade<sup>2</sup>.

As várias movimentações sociais ocorridas nos anos 60/70 acarretaram um aumento do envolvimento dos consumidores em todas as formas de vida social.

A crença no valor da opinião do consumidor assume uma relevância cada vez maior.

Mas foi já nos anos 80 que a satisfação do consumidor ganhou grande popularidade. Os procedimentos de avaliação adoptados, foram clarificados com critérios de medida e definição de standards mínimos. A determinação dos critérios relevantes para a avaliação

---

<sup>2</sup> WILLIAMS, B., "Patient satisfaction: a valid concept?", in Social Science & Medicine, Vol. 38, 1994, pp. 509-516.

dos cuidados de saúde assume grande importância. Um desses critérios é a satisfação dos utentes.

### **2.1.1. O conceito**

Satisfação do utente é um conceito difícil de definir, pelo que podemos encontrar várias definições de satisfação.

No trabalho de Greene<sup>3</sup> a satisfação é definida como o grau no qual as expectativas de cuidados são percebidas pelos utentes como tendo sido realizadas.

Para Pascoe<sup>4</sup> a satisfação consiste numa avaliação cognitiva e numa reacção emocional à estrutura, processo e resultados dos serviços. Esta avaliação resulta da comparação das características principais da experiência de cuidados do indivíduo e padrões subjectivos. Como refere Pascoe, o padrão subjectivo utilizado para julgar uma experiência de cuidados de saúde pode ser qualquer um, ou um sentido subjectivo do que deveria receber ou uma média subjectiva de experiências passadas em situações similares ou, ainda, os níveis mínimos aceites. Assume-se que o processo comparativo inclua uma avaliação cognitiva dos serviços e uma resposta afectiva a diferentes aspectos do serviço.

Para Linder-Pelz<sup>5</sup> satisfação dos utentes é uma atitude individual que resulta de uma avaliação positiva de dimensões distintas de cuidados de saúde e deve ser entendida dentro de um contexto, no qual uma variedade de elementos pode ser mais ou menos satisfatório

---

<sup>3</sup> GREENE, J. WEINBERGER, M., “Patients attitudes toward health care: Expectations of primary care in a clinic setting”, in *Social Science & Medicine*, Vol. 30, 1990, pp.811-818.

<sup>4</sup> CLEARY, P.; McNEIL, B. “Patient satisfaction as an indicator of quality of care”, *inquiry*, Vol.25, Spring 1988.

<sup>5</sup> LINDER-PELZ, S. “Toward a theory of patient satisfaction”, in *Social Science & Medicine*, Vol. 16, 1982, pp.577-582.

para o utente. Linder-Pelz<sup>6</sup> propõe um modelo expectativa-valor que se centra nas determinantes sociológicas. Percepções, avaliações e comparações são variáveis que antecedem a avaliação positiva ou negativa dos serviços. Para ela, a satisfação do utente é multidimensional tanto quanto a avaliação individual distingue aspectos dos cuidados e somando-os chega a uma avaliação global dos cuidados como um todo. Esta avaliação pode ser medida através da análise do nível de concordância/discordância em declarações acerca dos cuidados de saúde.

Muitos estudos<sup>7</sup> concluíram que a competência percebida está directamente relacionada com a satisfação. As pesquisas efectuadas indicam que a satisfação está relacionada com a percepção dos aspectos técnicos, da inteligência e das qualificações dos profissionais, mas que os aspectos interpessoais e de comunicação têm maior peso na variação da satisfação dos utentes.

Mas o conceito de satisfação não envolve apenas a capacidade para avaliar determinados cuidados e prestações, mas também a consciência de que ao fazê-lo se exprimem padrões próprios, pessoais, que dependem quer das características sociodemográficas dos utentes, quer das suas expectativas, desejos e valores.

“A satisfação humana é um conceito complexo que se relaciona com um grande numero de factores, incluindo estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais e da sociedade.”<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> LINDER-PELZ, S. “Social psychological determinants of patients satisfaction: A test of five hypotheses”, in *Social Science & Medicine*, Vol. 16, 1982, pp.583-589.

<sup>7</sup> PEYROT, M et. al, “Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services”, *Journal of Health Care Marketing*, Winter 1993, pp.24 –33.

<sup>8</sup> CARR-HILL, R. A. “ The measurement of patient satisfaction”, *Journal of Public Health Medicine*, Oxford University Press, Vol.14, Oxford, 1992, pp. 236-249.

Satisfação do utente é uma resposta (afectiva ou emocional) dada em face da avaliação que o utente faz dos cuidados de saúde a que foi sujeito (qualidade percebida). Esta resposta é determinada pela (des)confirmação das suas expectativas<sup>9</sup>.

Woodside, Frey e Daly, citados por Taylor, vêem a satisfação dos utentes como “uma forma especial de atitude face ao consumo, isto é, como um fenómeno de pós- experiência que reflecte o quanto o utente gostou ou desgostou do serviço que recebeu”<sup>10</sup>.

Satisfação pode ser encarada como uma função da diferença entre o desempenho esperado e o percebido<sup>11</sup>.

Como pode verificar-se, uma parte da literatura consultada suporta o paradigma da desconfirmação das expectativas como quadro conceptual predominante para as construções de Satisfação do utente. Neste sentido, Williams afirmava: “Não se sabe actualmente a natureza da relação entre expectativas e expressão da satisfação. Contudo, há uma pequena evidência que sugere que a satisfação é, em grande parte, o resultado de expectativas e valores.”<sup>12</sup>.

Na realidade, muitos estudos modelaram a satisfação dos consumidores em função das expectativas e da sua desconfirmação. No entanto, “alguns estudos recentes revelaram que a desconfirmação das expectativas não afecta significativamente a satisfação”<sup>13</sup>.

No nosso entender, a satisfação tanto poderá ser uma atitude do utente, enquanto consumidor, em relação aos cuidados de saúde em geral, ou a uma experiência concreta, como poderá ser uma reacção do utente a um prestador específico.

---

<sup>9</sup> JOHN, J., “Patient satisfaction: the impact of past experiences”, Journal of Health Care Marketing, Vol.12, Nº 3 September 1992, pp.56-64.

<sup>10</sup> TAYLOR, S.A., “Distinguishing service quality from patient satisfaction in developing health care marketing strategies”, Hospital and Health Services Administration, Vol. 39, 1994, pg.224.

<sup>11</sup> RUTLEDGE, R. W.; NASCIMENTO, P., “Satisfaction with HMOs: accessibility issues top list for patients in commercial groups”, Journal of Health Care Marketing, Vol. 16, 1996, pp. 22-27.

<sup>12</sup> WILLIAMS, B., 1994, op. cit. pg. 512

<sup>13</sup> RUTLEDGE, R.W.; NASCIMENTO, P., 1996 op. cit. pg.22-27.

A satisfação, como atitude, envolve tanto uma componente emocional como uma componente intelectual. A satisfação como reacção apela às várias dimensões dos cuidados de saúde - estrutura, processo, resultados - e aparece como um padrão comportamental em relação a determinado objecto.

Mas, seja o que for que a satisfação do utente realmente signifique, ela deve reflectir, pelo menos em parte, a relação entre médico e utente, mesmo que esta relação se baseie em atitudes<sup>14</sup>, crenças, valores ideológicos ou éticos dos indivíduos. Será sempre o produto final de um processo de comparação e avaliação. A satisfação do utente em relação à prestação de cuidados de saúde é um objectivo muito importante a prosseguir, pois ela é capaz de influenciar não só a forma como o utente procura cuidados de saúde, mas também a manutenção de uma relação duradoura com seu prestador. Daqui ressalta o papel fundamental do utente neste processo.

Mas qual será o verdadeiro papel do utente dentro do processo da satisfação? Será um simples juiz dos acontecimentos que caem sobre ele? Ou será, que possui um papel activo nos comportamentos que podem afectar o seu próprio nível de satisfação?

Mediante esta breve reflexão, poderemos definir a satisfação do utente como a atitude assumida pelo mesmo, em consequência de um contacto com os serviços prestadores de cuidados, atitude essa, resultante das suas expectativas, das suas características sociodemográficas, bem como, do grau de conhecimentos que possui relativamente aos serviços de saúde.

---

<sup>14</sup> Atitude assumida pelo utente em consequência de um contacto com os serviços prestadores de cuidados, resulta das suas expectativas, das suas características sociodemográficas, bem como do grau de conhecimentos que possui relativamente aos serviços de saúde.



### **2.1.2.As dimensões da satisfação e suas condicionantes**

Assumindo a satisfação como uma medida da qualidade dos cuidados de saúde, o utente vai proceder à avaliação dos cuidados que lhe foram prestados com base nas melhorias que espera obter para o seu estado de saúde. Às três componentes essenciais da qualidade – técnica, interpessoal e amenidades – juntam-se outras duas dimensões dos cuidados não menos fundamentais, que são o acesso a esses cuidados e o atendimento.

Ao avaliar a qualidade dos cuidados que lhe são prestados, o utente emite juízos acerca destas componentes e acerca das consequências das mesmas no seu estado de saúde. Isto significa que o conceito de satisfação detém em si mesmo uma natureza multidimensional e abarca inúmeras variáveis de estrutura, de processo e de resultados. A satisfação será uma resposta emocional à avaliação que o utente faz de uma experiência assistencial.

Importa, pois, que o utente se comporte como um verdadeiro consumidor. Para tal terão de se verificar três factores fundamentais:

- a existência de uma opinião do consumidor;
- a crença (por parte do consumidor) na legitimidade de tal opinião;
- a vontade do consumidor em se comprometer na expressão de tal opinião<sup>15</sup>.

Ou seja, esta teoria está dependente da recusa em aceitar o paternalismo e assenta na existência de consumidores não passivos. Consequentemente, dados sobre satisfação de utentes só são úteis quando passam a ter um papel activo de avaliação e de crítica. Mesmo quando estes têm um papel activo, só faz sentido pesquisar se estão ou não satisfeitos, se soubermos, com o que podem estar satisfeitos.

---

<sup>15</sup> WILLIAMS,B., 1994 op. Cit. Pg. 509-516.

Noronha Filho<sup>16</sup>, reportando-se ao referido por Ware, põe a tónica da satisfação em variáveis tradicionais, como o financiamento, a continuidade, a disponibilidade e o acesso aos cuidados, mas também refere novas variáveis, como seja a qualidade percebida do atendimento e a humanidade do encontro.

Os estudos de Hall e Dorwan, citados por Carr-Hill<sup>17</sup>, salientam como dimensões de satisfação a humanização, a informação, a qualidade global, a competência técnica, o acesso/disponibilidade, o custo, a continuidade e os resultados.

Por outro lado, Graça<sup>18</sup> refere diversas dimensões da satisfação do utente de saúde:

- acessibilidade/conveniência;
- disponibilidade de recursos;
- continuidade, integração e personalização dos cuidados;
- custo (em termos financeiros);
- amenidades e humanização;
- recolha de informação (por parte do utente);
- prestação de informação (por parte dos profissionais);
- percepção da qualidade/competência(em termos técnicos).

Mais uma vez se confirma que o fenómeno estudado é multidimensional.

Wilkin, Hallam e Doggett<sup>19</sup> distinguem apenas quatro dimensões, que são a conduta do médico, a utilidade dos cuidados, a continuidade/conveniência dos cuidados, e os mecanismos de acessibilidade .

---

<sup>16</sup> NORONHA FILHO, G., “ O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços”, In Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 8, 1990, pp. 59-64

<sup>17</sup> CARR-HILL, R. A., 1992 , op. cit. , pp. 236-249.

<sup>18</sup> GRAÇA, L., “ Para uma teoria da satisfação dos utentes de serviços de saúde” Escola Nacional de Saúde Pública - Cadeira de Ciências Sociais e Humanas , ENSP, Lisboa, 1989-1994 .

<sup>19</sup> WILKIN, D.; HALLAM, L.; DOGGETT, M.A.; Miranda, A. M.C., et. al., trad.; Imperatori, E., rev. – Medidas de necessidade e resultado em cuidados de saúde primários. Lisboa, 1994.

Para Linder-Pelz<sup>20</sup> são 10 as dimensões dos cuidados de saúde:

- Acessibilidade e conveniência;
- Disponibilidade de recursos;
- Continuidade de cuidados;
- Eficácia/resultados dos cuidados;
- Financiamento;
- Humanização;
- Informação pedida (acumulada);
- Informação dada;
- Ambiente agradável;
- Qualidade/Competência.

Sisk et al.<sup>21</sup> referem como dimensões da satisfação a qualidade interpessoal e técnica, o custo e o acesso. Nesta ultima incluem o tempo de espera até obter a consulta e antes de entrar no consultório, a localização e a disponibilidade para obter esses cuidados.

Por tudo o que foi exposto, parece-nos pertinente concluir que há várias razões inerentes ao encontro médico-utente que podem ser geradoras ou condicionantes de satisfação ou de insatisfação. Daqui resulta a necessidade de especificar as dimensões que se pretendem medir quando se realiza um estudo deste tipo.

---

<sup>20</sup> LINDER-PELZ, S. 1982, op. cit. pp. 583-589

<sup>21</sup> SISK, J. E., et. al. "Evaluation of Medicaid Managed Care: Satisfaction, access and use" *Jama*, Vol. 276 July, 1996, pp.50-55.

### 2.1.3. Satisfação *versus* qualidade de cuidados de saúde

O conceito de qualidade é muitas vezes definido como sendo o grau segundo o qual o conjunto de características de um produto ou serviço cumpre os requisitos que derivam dos objectivos da sua utilização. “Qualidade significa conformidade com uma serie de metas e standards.”<sup>22</sup>.

Quando falamos de cuidados de saúde, estamos a mencionar serviços compreensivos prestados para produzir mudanças no estado patofisiológico e/ou psico-social dos indivíduos.

A Organização Mundial de Saúde definiu saúde como o completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo, e não apenas como a ausência da doença.

Ao alargar o conceito de saúde à esfera do psico-social, podemos daí retirar a ilação de que, qualquer que seja o conceito de qualidade que aplicarmos aos cuidados de saúde, ele terá necessariamente de contemplar a visão do utente. Então a satisfação do utente é um critério qualitativo essencial do encontro médico<sup>23</sup>.

O conceito de qualidade de cuidados de saúde não é nunca um conceito estático, antes envolvendo um processo dinâmico, através do qual tenderá a englobar o que se entender por saúde e por «bons» cuidados de saúde.

Shaw, referido por Renwick,<sup>24</sup> define qualidade nos serviços de saúde como apropriação, equidade, acessibilidade, efectividade, aceitabilidade e eficiência.

---

<sup>22</sup> TURNER, P. D.; POL, L. G. “ Beyond Patient Satisfaction: broaden the scope of quality measurement by integrating the marketing view with other perspectives”, Journal of Health Care Marketing, Vol. 15 , 1995, pp. 45-53.

<sup>23</sup> VUORI, H.V. , “ Quality Assurance of Health Services”, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1982.

<sup>24</sup> RENWICK, P. A. “ Quality assurance in health care: the theoretical context” International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol.5, 1992, pp. 29-34.

Para gestores da área de saúde, qualidade pode ser equacionada como custo-eficiência e como utilização de recursos em relação a um standard. Para alguns, a melhor forma de medir qualidade é fazendo revisões de utilização. Os médicos preferem os resultados clínicos e muitos agentes de marketing aceitam que a melhor forma de medir qualidade é por via da satisfação do utente.<sup>25</sup>

A qualidade dos cuidados prestados e o nível de satisfação dos utentes têm emergido como base de muitas estratégias de marketing nos serviços de saúde, e servem para distinguir a competência dentro de um mercado cada vez mais competitivo.<sup>26</sup> Mais do que isso, “...investigadores demonstraram empiricamente que há uma relação entre satisfação do utente e rentabilidade”.<sup>27</sup>

Existindo uma relação positiva entre a avaliação favorável que o utente faz acerca do encontro com o prestador e o cumprimento das orientações terapêuticas por ele prescritas, podemos afirmar que a satisfação opera como reforço da capacidade efectiva de diagnóstico e de terapêutica.

A satisfação aparece assim, como uma componente da qualidade dos cuidados, sendo um resultado que se deseja obter no processo e prestação. Nunca poderá existir uma elevada qualidade dos cuidados se o utente estiver insatisfeito.

Existem três componentes fundamentais da qualidade:

- a técnica, que é o modo como a ciência e a sabedoria médicas são aplicadas ao diagnóstico e tratamento de um problema médico, e que é julgada fundamentalmente, pela sua efectividade;
- a interpessoal, que se refere à interacção utente/prestador;

---

<sup>25</sup> TURNER, P.D.; POL, L.G., 1995, op. cit. pg.45-53

<sup>26</sup> TAYLOR, S. A., 1994, op. cit. Pg. 221-236

<sup>27</sup> RUTLEDGE, R. W. ; NASCIMENTO, P. , 1996, op. cit. pg. 22-27

- as amenidades, que são as propriedades de um estabelecimento ou dos próprios cuidados.

Podemos ainda olhar a satisfação como indicador de qualidade, na medida em que ela reflecte as opiniões dos utentes em relação a condições ou características tanto de estrutura como de processo ou mesmo de resultados dos cuidados a que foram sujeitos.

A qualidade do serviço pode ser avaliada pela discrepância entre as expectativas dos consumidores e as suas percepções e sugeriram quatro factores chave que influenciam as expectativas dos utentes: passa palavra, necessidades pessoais, experiência anterior e comunicação externa<sup>28</sup>. Pode-se concluir, a importância da percepção dos serviços prestados para a qualidade de serviço percebida. Quanto melhor for transmitida a qualidade dos serviços prestados, e quanto melhor se adaptar a qualidade oferecida às expectativas, melhor será a qualidade percebida.

Poder-se-à dizer que os sentimentos de satisfação ou de insatisfação, particularmente no caso de um serviço afectam de modo significativo a qualidade do próprio serviço e a forma como ele é percebido pelos outros clientes. Tendo consciência desta realidade, é por isso, irónico que precisamente as organizações prestadoras de serviços, cujo contacto com os clientes é mais directo, sejam as ultimas a adoptar uma postura orientada para o cliente.<sup>29</sup>

A medida da satisfação nos serviços deve ser continua e pode considerar-se simultaneamente como um ponto de partida e um ponto de chegada. Ao avaliar a satisfação das necessidades e expectativas dos consumidores o hospital está a identificar os aspectos chave da sua estratégia e a aferir até que ponto as suas performances, na prestação do serviço, estão a ser bem recebidas pelos utentes.

---

<sup>28</sup> LENDREVIE, Jaques et al, Mercator – “Teoria e Prática do Marketing”, Ed. Dom Quixote, Lisboa, 1998.

<sup>29</sup> GRONROOS, Christian, An applied service marketing theory, European Journal of Marketing 16.7, 1982, pp. 30-41.

Reconhece-se aos utentes o papel de supremo juiz e de fonte única de informação. Neste sentido, será fútil argumentar acerca da validade da satisfação do utente como medida de qualidade. Quaisquer que sejam as suas forças e limitações enquanto indicador de qualidade, a informação sobre a satisfação do utente deverá ser tão indispensável para as avaliações de qualidade como para o planeamento e gestão dos serviços de saúde.

Jonh,<sup>30</sup> identificou que a elevação do nível de qualidade na prestação de serviços é a chave estratégica usada pelos prestadores de saúde para aumentarem a satisfação dos utentes. Mas qualidade de serviço será uma atitude de longo prazo, enquanto satisfação dos utentes é a percepção de curto prazo, resultante de um encontro específico.

Podemos concluir, ser usualmente aceite que a satisfação dos utentes é uma importante medida da qualidade dos cuidados, porque dá informação sobre o sucesso dos prestadores. As medidas de satisfação, sejam elas qualitativas ou quantitativas, são uma importante ferramenta de pesquisa, planeamento e administração. São os utentes que podem fornecer-nos informação válida e única acerca da qualidade dos cuidados médicos que receberam.

## **2.2. O Sector da Saúde**

Todos nós reconhecemos a necessidade de modernização da administração pública em geral, tendo vindo a ser assinalados em particular pelas mais elevadas instâncias do poder, alguns sectores, em que a permanência da mudança mais se evidencia, entre os quais, o sector da saúde.

---

<sup>30</sup> JOHN, J. , 1992, op. cit. pg. 56-64.

Como membros e parceiros do processo de construção da União Europeia, do ponto de vista macro-económico, temos que ter presente as fases já assumidas, para a criação da União Económica e Monetária, que conduziram à criação da moeda única e do Banco Central Europeu, as quais, nos obrigam aos compromissos subjacentes aos critérios de convergência nominal da economia que, entre outros, visam conter o défice orçamental dentro de parâmetros determinados.

Devemos igualmente, ter presente que a política de saúde europeia, emanará dos princípios informadores dos tratados e sua evolução estratégica, nomeadamente :

- Tratado de Maastrich, em 1991, que nos orientava para uma política reactiva de prevenção da doença;
- Tratado de Amsterdão, em 1997, que nos orienta para políticas prospectivas de promoção da saúde.

Assim teremos que enfrentar o futuro num quadro de restrições orçamentais, que dependerão do crescimento da riqueza do país, e dentro de um contexto em que somos confrontados com o crescimento permanente das despesas ditas de saúde, mas aplicadas, quase exclusivamente, no tratamento das doenças.

Identificam-se como responsáveis deste crescimento das despesas, entre outras, as seguintes causas:

- envelhecimento da população;
- aumento das expectativas sociais face ao direito à saúde;
- existência de novas doenças;
- utilização crescente de novas tecnologias;
- aumento dos custos com pessoal.



Do ponto de vista organizativo o sistema de saúde e as instituições prestadoras devem ser geridas dentro de novos modelos de gestão descentralizados em que aos gestores seja atribuída autoridade, autonomia e responsabilidade financeira.

Tendo em conta uma lógica produtiva de tipo empresarial, torna-se necessário alargar a maior numero de hospitais, as experiências inovadoras de gestão libertando-os da burocracia a que estão constantemente submetidos. Gestão privada de hospitais públicos e gestão publica assente em novo regime jurídico.

Só assim será possível desenhar a organização do hospital – empresa, na qual se devem:

- comprometer os médicos atribuindo-lhes responsabilidades financeiras de gestão clinica ao nível operacional;
- implantar programas de melhoria contínua de qualidade, visando a satisfação dos utentes e dos profissionais, a par da criação de valor e de redução dos desperdícios;
- desenvolver os sistemas de informação e tecnologias da comunicação, com a integração da informação administrativa e clinica numa lógica de rede intra e extra muros.

Podemos dizer que a gestão do sector da saúde deverá orientar-se para o equilíbrio adequado de optimização de três variáveis: aumentando e melhorando o acesso, elevando a qualidade, ao mais baixo preço.

Considerando que a noção de satisfação do utente está intrinsecamente relacionada com a noção de qualidade do serviço prestado. Claro está que os factores que influenciam o grau de satisfação do utente dependem do tipo de serviço prestado, pelo que a principal questão a dar resposta é como se pode medir a satisfação do utente.

Uma das técnicas mais simples para avaliar a satisfação dos clientes/utentes é medir a incidência das queixas dos clientes/utentes e a respectiva taxa de deserção. Esta última, é

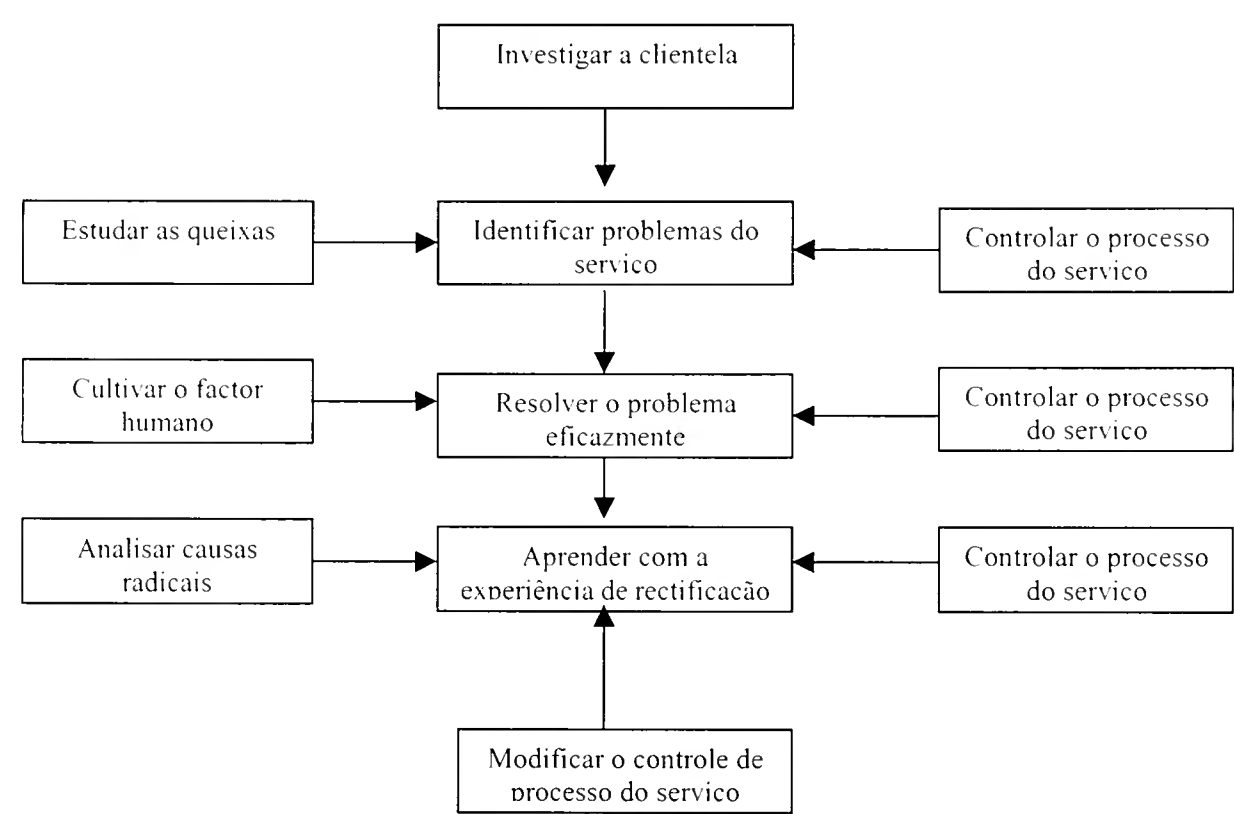
um indicador global de insatisfação, dado que a maioria dos clientes/utentes que deixam de consumir um determinado serviço, o fazem porque perderam totalmente a confiança no prestador, considerando não valer a pena apresentar qualquer reclamação. No entanto, neste caso pode valer a pena apresentar reclamação e o prestador procurar questionar o cliente/utente sobre o motivo da sua deserção.

No que se refere aos clientes/utentes que apresentam queixa podemos considerar dois grandes grupos, os que se queixam directamente ao prestador e os que apresentam queixa a terceiras entidades. A análise da incidência destes dois tipos de queixa é muito importante, pois o segundo grupo demonstra uma grande desconfiança em relação ao prestador e por isso apresenta uma grande propensão a aumentar a taxa de deserção dos clientes/utentes.

No entanto, em qualquer dos casos as queixas são um precioso indicador para o produtor de serviços poder melhorar a qualidade da sua prestação. Para isso há que examinar as queixas, em função do fluxograma da produção do serviço para detectar as falhas no processo produtivo. Esta análise deve ser sempre efectuada numa perspectiva de melhorar os procedimentos, o que pressupõe o envolvimento dos funcionários, pois a colaboração destes é essencial para se conseguir melhorias na qualidade dos serviços prestados.

Em termos organizacionais, a análise critica do processo de produção e prestação de serviços conducente à correcção de falhas e a consequente implementação de melhorias pode ser representada pelo fluxograma seguinte:

**Fluxograma 1 - Modelo destinado a melhorar a prestação de serviços**



Fonte: Berry e Parasuraman, 1993.

De acordo com o fluxograma, podemos identificar três grandes etapas no processo de análise crítica e na implementação de melhorias ao nível da prestação de serviços. A primeira etapa consiste em identificar os pontos críticos do processo de produção e de prestação do serviço através da análise de queixas dos clientes/utentes. Na Segunda etapa há que procurar reparar a falta que deu origem à queixa, quer ao nível do cliente/utente quer ao nível da organização. Esta fase implica, portanto, um grande envolvimento por parte dos recursos humanos da instituição e, se for o caso, compensar o cliente/utente pela má

prestação do serviço. Por fim, a última etapa consiste em retirar os devidos ensinamentos da análise efectuada, no sentido de melhorar a qualidade do serviço.

Assim, torna-se evidente a necessidade de implementação de estratégias que permitam uma avaliação da satisfação dos clientes/utentes, de modo a que a qualidade do serviço percebida seja positiva e consequentemente, a imagem institucional também seja melhorada.

### **2.2.1. A emergência de um novo paradigma organizacional**

Na segunda metade do século XX, a passagem de uma sociedade industrial para uma sociedade pós-industrial, com as naturais tendências para uma terciarização massiva, não implicou que modelos organizacionais tayloristas fossem definitivamente abandonados pelas organizações.

O aperfeiçoamento tecnológico parece levar na maioria das vezes a uma secundarização dos recursos humanos. A visão tecnocêntrica aposta no factor técnico em detrimento do factor humano, contribuindo para a manutenção da polarização das qualificações e insistindo numa gestão baseada no determinismo tecnológico. Mas se por um lado as novas tecnologias, e nomeadamente a informática podem conferir uma maior margem de autonomia ao funcionário, por outro, podem rigidificar todo um conjunto de normas de prescrições, muitas vezes anacrónicas e disfuncionais.

Este enviesamento da utilização da ferramenta informática acontece com especial incidência na Administração Pública onde o fenómeno burocrático e a hiper-normalização

ultrapassa os limites do razoável e do funcional. A este propósito, Jimenez<sup>31</sup> esclarece que para passarmos do “paradigma burocrático” para uma “ administração empresarial” é imprescindível uma redução, mas sobretudo uma desmistificação, da imposição de regulamentos, com a consequente adopção da ideia de que o bom trabalho se mede por resultados e não pelo cumprimento estrito das regras de procedimento.

As tecnologias de informação potencialmente inovadoras e dinamizadoras, quando mal utilizadas, podem ter um efeito perverso. Dependendo da forma como o gestor pegar no factor tecnológico e o integrar na estratégia empresarial, podemos chegar a uma “tecnologia de progresso”, ou ao contrário, uma tecnologia tão alienante como a das cadeias de montagem.

Pichault<sup>32</sup> escreve: “ Parece-nos aberrante a ousadia de ter a pretensão que introduzir a informática numa empresa, seja introduzir um germe de mudança. Ao contrário. a informática parece gerar a organização, pelo simples facto de exigir uma objectivação e uma sistematização do seu funcionamento”. O germe de mudança organizacional depende antes de mais da vontade humana. Neste processo, a informática constituirá sempre e apenas um instrumento passível de diferentes tipos de utilização. Por outro lado, a decisão de introduzir um sistema informático depende sempre dos responsáveis hierárquicos de uma organização.

Um dos mais frequentes erros da classe gestora, prende-se com o facto de esperarem milagrosos benefícios através da introdução dos novos sistemas informáticos, sem serem levadas seriamente em linha de conta as necessidades de formação atempada (e os

---

<sup>31</sup> JIMENEZ, Jesus Garcia, El Cambio de la Cultura del APP en el año 2000, INA, Oeiras, 1999.

<sup>32</sup> PICHAULT, François, Le conflit informatique: Gérer les ressources humaines dans le changement technologique, Editions Universitaires, De Boeck Université, Bruxelles, 1990, pag. 127

consequentes custos indirectos de curto prazo) dos funcionários que vão operar com as novas tecnologias.

Hoje, continua a existir uma tendência para as hierarquias evitarem a pergunta e, esquivarem-se (ignorando-a) à incerteza. Se por um lado, as questões levantadas por funcionários podem iniciar ou, ao contrário, serem já um reflexo de aprendizagem, por outro lado, estas mesmas questões são de todo incompatíveis com os tradicionais sistemas de controlo e de hierarquia. Se tivermos em atenção que a aprendizagem, ou se quisermos a formação, representa uma condição sinequanon para uma correcta utilização global de procedimentos inovadores decorrentes dos processos de automação e de informatização, será de mais fácil explicação o falhanço sistemático deste tipo de processos.

Na realidade, diversos aspectos deveriam ser estudados e desenvolvidos paralelamente à evolução e à gradual implantação da informatização e da automatização. O passar dos anos e o despontar de novas tecnologias têm vindo a provar que a produtividade não depende do “grau de prudência” com que trabalha o recurso humano, mas antes da gestão das tecnologias, da metodologia e organização de trabalho, e da psicologia de quem gere e de quem trabalha.

Na visão tecnocêntrica, a introdução de uma lógica de organização flexível em nada tem que contribuir para uma melhoria do trabalho humano, nem para um processo de democratização da organização. Esta perspectiva estabelece pois um pressuposto de incompatibilidade e de distanciamento entre uma valorização efectiva dos recursos humanos.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Por valorização dos recursos humanos, entenda-se uma estratégia articulada, no caso da Administração Pública entre Direcções Gerais e Ministérios, que contemple programas coerentes de formação e que conduza a uma gestão mais descentralizada e participada nas diversas unidades organizacionais.

A decisão e a resolução complexas são pois variáveis não maquináveis: para que um processo de automação possa resultar, a formação dos recursos humanos só poderá ser tratada como variável estratégica e não como factor secundário, de mero ajustamento ao posto de trabalho.

Uma Instituição que se rege por princípios de gestão, sabendo ler as necessidades dos destinatários da sua acção, à luz das estratégias e políticas definidas pelo Governo, fixando alvos e objectivos, praticando e sujeitando-se a avaliações de resultados capaz de encontrar e colocar de forma criativa os meios ao serviço das finalidades, tornou-se consciência de todos, na análise e perspectivas desenvolvidas sobre o seu funcionamento.

Este novo tipo de postura exige um novo tipo de organização mais flexível e adaptável às exigências, adequando a organização mais centrada nos cidadãos e, tomando como agentes efectivos de evolução as pessoas que nela trabalham, mais “aprendente” e “qualificante” em si mesma.

Surge assim um modelo que “assenta em tecnologias avançadas adaptadas às necessidades dos recursos humanos qualificados e de uma organização descentralizada e participativa.”<sup>34</sup>: modelo antropocêntrico de produção. Este sistema encara as qualificações como uma variável estratégica, postula a organização como uma “organização de aprendizagem”, implica uma alteração cabal de toda a filosofia das organizações que vigorou até aos nossos dias, ou seja, através deste modelo não se tenta uma adaptação das “teorias” anteriores a um novo contexto, mas antes, trata-se de uma vontade real (senão de uma necessidade) de apostar em princípios já enunciados no passado, mas raramente aplicados, tais como o trabalho em grupo, a inovação, a criatividade das pessoas, a

---

<sup>34</sup> KOVACS, Ilona, CARVALHO FERREIRA, J.M.; SANTOS, Maria João, Mudança Tecnológica e Organizacional – Análise de Tendências na Indústria, SOCIUS – ISEG, Working Papers, nº2/94, Lisboa, 1994.

descentralização do poder estatutário, a consulta dos níveis operacionais na adopção das novas tecnologias e na escolha do modelo de organização do trabalho, a integração da concepção e da execução do trabalho, a cooperação intra e inter níveis de qualificação e departamentos e a qualificação crescente dos recursos humanos (o alargamento e enriquecimento, vertical e horizontal, do trabalho). Pretende-se o atingimento de uma organização inteligente, onde se promova a responsabilização humana em detrimento do paternalismo.

Os sistemas antropocêntricos devem ser perspectivados numa dimensão organizacional, em que o nível de reflexão (procura e tratamento informacional), se passa a confundir com o nível reflexo (acção e decisão de urgência), de forma a estarem à altura de lidar atempadamente com os fenómenos de gestão por excepção. Nesta filosofia, os postos de trabalho seriam realmente concebidos tendo em conta as qualificações de forma a potenciá-las ao máximo, os grupos de trabalho, responsáveis pelo planeamento, controlo e resultados do seu próprio trabalho, orientariam a sua produção para uma organização assente nos produtos e nos serviços, e não nas funções, e a utilização de tecnologia e sua selecção levaria sempre em consideração as necessidades e qualificações dos seus utilizadores. Neste contexto, tão importante é a formação específica (técnica) como o saber geral empírico.

Para tal, vem-se afirmando um novo paradigma organizacional, reconduzível a um conjunto determinado de ideias-chave, de que se podem destacar:

- A redução da dimensão das organizações e das suas unidades construtivas, determinando a longo prazo, a modificação dos papeis dos seus dirigentes, bem como a da organização da produção e dos serviços;



- A descentralização, trazendo consigo, entre outras, uma maior autonomia e respectiva responsabilidade dos seus departamentos e a reconfiguração organizacional, correspondente a uma estrutura mais flexível e maleável;
- A permeabilidade das fronteiras internas e externas, designadamente estruturas transversais e equipas interfuncionais;
- A importância atribuída aos valores partilhados, em ordem à coesão e coordenação, em substituição da tradicional hierarquia.

Na Administração Pública (AP), nomeadamente nas organizações hospitalares públicas, este paradigma é tanto mais necessário quanto nas privadas, reforçando a necessidade de desenvolvimento de novos modelos organizativos, com maior autonomia e consequente responsabilização, com capacidade de ler não só as políticas, mas também as necessidades sociais e de estabelecer parcerias e redes com outros agentes.

Organizações em rede constituem assim uma tendência inevitável, tendo em conta a natureza específica de muitos serviços públicos, que determina que a concretização da sua missão não se esgota na acção de cada um, antes exige que se responsabilizem pelo funcionamento dos sistemas responsáveis pela finalidade social última do Estado em cada domínio concreto em causa.

Não será certamente por acaso que os sistemas locais de saúde ou redes de solidariedade social, entre outras, constituem referências organizacionais nos últimos anos, embora a cultura dominante torne muito difícil o seu desenvolvimento e gestão efectiva.

Tem certamente igualmente que ver com este novo contexto, a defesa da participação da sociedade e dos cidadãos na construção de soluções para os problemas sociais, sob

múltiplas formas, concertando interesses e criando o envolvimento indispensável à concretização das mesmas.

Mas apesar da AP estar hoje enquadrada por ideologias políticas mais democráticas, questões como a da horizontalização das estruturas, indispensável numa transformação que se queira antropocêntrica, a responsabilização pelos resultados e a implicação alargada dos recursos humanos na identificação de problemas e na resolução dos mesmos, continuam a ser de muito difícil implantação.

A esta situação não é alheio o facto de, ao nível da organização do trabalho, predominar ainda o tradicional modelo hierarquico-funcional com uma grande carga de racionalidade burocrática determinante na resistência aos novos modelos organizacionais preconizadores da descentralização e da participação.

Associada à manutenção do status e de privilégios, a naturalmente resistência humana à mudança contribui para que as hierarquias detentoras do poder decisório façam tardar a aposta numa formação massiva e multidisciplinar da globalidade dos recursos humanos, o que impossibilita uma correcta descentralização da autoridade. Em todo este processo o investimento no imaterial continua a ser preterido relativamente ao investimento material.

No entanto, a capacidade de percepção de mudança, de adaptação, de resolução de problemas não estruturados e não maquinizáveis (gestão por excepção), essa, manter-se-à tipicamente humana. Talvez a percepção gradual desta questão seja o ponto de partida para um projecto antropocêntrico global que aposta no recurso humano enquanto variável estratégica, determinante na correcta aplicação e gestão das novas tecnologias. Talvez seja este um dos meios também para que a AP possa atingir melhores resultados no futuro.

Este paradigma emergente da AP caracteriza-se pelas seguintes tendências principais<sup>35</sup>:

- Devolução de autoridade e atribuição de flexibilidade;
- Garantia de performance, controlo e transparência;
- Desenvolvimento de competição e escolha, e introdução de mecanismos do tipo dos de mercado;
- Disponibilização de serviços ágeis, orientados para os clientes;
- Melhoria da gestão dos recursos humanos;
- Optimização das tecnologias de informação;
- Melhoria da qualidade da regulação;
- Reforço das funções de orientação e direcção ao centro;
- Adopção do estilo de gestão do sector privado.

A pressão crescente no sentido da redução da despesa pública, sem perder de vista a necessidade de melhorar a qualidade da prestação de serviços à sociedade, torna urgente repensar o factor humano e a sua capacidade de integração em ambientes tecnológicos inovadores e cada vez mais inclusivos e cooperativos.

Se a opção for a descentralização e a privatização de serviços públicos esta deve ser acompanhada de sistemas de informação rigorosos e fiáveis, capazes de suportar a soberania e a transparência do Estado democrático a quem confiamos os nossos impostos.

Segundo Carvalho Ferreira<sup>36</sup> os objectivos e as estratégias dos indivíduos e grupos que interagem nas organizações não são, muitas vezes, coincidentes com os objectivos e estratégias oficiais.

---

<sup>35</sup> OCDE, 1997

<sup>36</sup> FERREIRA, J. M. Carvalho, et. al., “Organização e Controlo”, colecção Estratégia de Exportação, Vol. I, ISEG, Lisboa, 1992.

Por outro lado, as estruturas formais das organizações estão sujeitas a um processo de reacção e adaptação por via das mudanças contingenciais do ambiente externo. Elas estão numa situação de interdependência do seu desenvolvimento técnico, científico, económico e social, sobretudo, dependem dos recursos humanos que sofreram um processo de aculturação e de aprendizagem no sistema social global.

Assim, o desenvolvimento de novas formas de organização do trabalho requer uma certa prudência e preparação, tal como aliás, a introdução de novas tecnologias. A imposição de mudanças na organização do trabalho, isto é, a sua introdução repentina sem separação, leva à resistência e dificuldades de adaptação por parte dos trabalhadores. Não se trata tanto da dificuldade de os trabalhadores romperem com certas rotinas adquiridas, mas mais com o receio por parte de pessoas não informadas e não consultadas, que se sentem ameaçadas no seu emprego, no seu trabalho e nas suas relações de trabalho.

A preparação visa, por um lado, a formação de atitudes favoráveis à mudança pretendida da organização do trabalho, e por outro, a criação de capacidades de trabalhar em novas formas de organização do trabalho e com novos equipamentos.

### **2.2.2. A presença de novos desafios**

Na presença de uma envolvente caracterizada pela incerteza, mutabilidade e complexidade crescentes, os gestores públicos, precisam de dominar os novos métodos destinados a identificar as variáveis chave do futuro, analisar os jogos de actores sociais, reduzir a incerteza, detectar os cenários mais prováveis, avaliar as escolhas possíveis, etc...;

Em primeiro lugar, há que ter em atenção a extraordinária explosão de novos conhecimentos e a inovação tecnológica, em particular nas áreas das ciências de informação, genética, materiais, automação e espaciais. Este aspecto é tão marcante que, actualmente, as pessoas não vibram de alegria com a ida do homem à Lua, mas pelo contrário, de indignação por não se ter ainda encontrado o remédio, por exemplo, para a Sida.

Em segundo lugar, é inegável que vivemos num período de extraordinária mudança tecnológica. Criou-se a ilusão de que tudo ou quase tudo é possível. Por isso, impõe-se que se acelere a capacidade de aprendizagem deste novo conhecimento, e a habilidade para colocar esta tecnologia ao serviço da sociedade e não contra ela, isto é, desenvolver novas formas organizacionais e de pessoas capazes de tirar partido das novas potencialidades tecnológicas.

Em terceiro lugar, não há uma sociedade da informação, há uma tecnologia da informação que pode ter distintas formas de expressão social, dependendo do que a sociedade, as instituições e as pessoas, façam dessa tecnologia e dessa economia.

Em quarto lugar, esta mudança tecnológica associa-se a uma outra, a da (e)conomia digital. O que prevalece, hoje, é o novo conhecimento e a informação. Ora, se conhecer é poder, então aqueles que têm conhecimento têm poder. Isto significa que as fontes de poder mudaram e que, cada vez mais, o poder se localiza nas mãos de quem possui conhecimento. O capital deixou de ser a matéria prima da economia, e aquela passou a ser a informação e os seus respectivos fluxos.

Assim para se adaptar ao meio em constante transformação, o gestor terá forçosamente que proceder à reorganização dos processos de trabalhos e das estruturas, no entanto,

continuamos a presenciar uma atitude passiva por parte dos dirigentes, sendo a desculpa, a legislação que continua sem acompanhar esta tendência.

É um facto, que as limitações da coordenação e controlo através da hierarquia, resultam em grande parte, da preocupação com as normas e regras, em vez da produção de resultados ou da satisfação dos utentes. O principal argumento contra este modelo refere que a ausência de avaliação de resultados, quer em termos do volume de serviço fornecido (output), ou em termos dos resultados do serviço fornecido (outcome), irá necessariamente conduzir a uma gestão ineficiente. Na verdade, o funcionamento das organizações burocráticas e hierarquizadas é muitas vezes gerador de disfunções que afectam o seu desempenho. As linhas excessivas de gestão, a falta de transparência e de responsabilização, a ausência de incentivos à iniciativa e inovação, o desenvolvimento de uma cultura mais preocupada com os procedimentos do que com o desempenho.

No sector da saúde, a sua reforma estrutural exige, a montante, uma reforma fiscal que garanta a equidade e a justiça social através da função distributiva do Estado.

Do ponto de vista organizativo o sistema de saúde e as instituições prestadoras devem ser geridas dentro de novos modelos de gestão descentralizados em que aos gestores seja atribuída autoridade, autonomia e responsabilidade financeira.

Importa que o gestor público esteja equipado com o sistema de informação/formação capaz de identificar de modo correcto, o que a envolvente lhe vai trazendo diariamente.

Neste espírito, torna-se necessário alargar as experiências inovadoras de gestão libertando-os das peias burocráticas, e paralisantes a que estão submetidos.

A preocupação com o cidadão veio trazer um novo enfoque por acarretar práticas em vez de grandiloquentes teorias, resultados mensuráveis transformáveis em metas, em vez de direitos e deveres abstractos.

Sendo a gestão orientada para a satisfação do cliente/utente num processo de qualidade, há que se partir de dois elementos fundamentais:

- São os clientes/utentes e só eles que devem determinar as variáveis e os parâmetros a definir no processo de qualidade.
- Os standards e os parâmetros a definir têm de ser revistos e reajustados permanentemente às necessidades do cliente/utente.

Estamos longe dos tempos em que a estrutura correspondia a uma base estável de divisão do trabalho, a partir da qual a organização podia desenvolver os seus planos de acção. Hoje, a necessidade de adaptação constante obriga à subordinação da estrutura orgânica à estratégia organizacional, transformando aquela, bem como as formas de organização do trabalho, a nível mais micro, em recursos que se devem adaptar e evoluir.

A capacidade de adequar os modelos organizativos e os processos de trabalho aos novos desafios e objectivos pressupõe uma criatividade só possível com conhecimentos alargados de opções possíveis e a compreensão dos reais problemas de funcionamento decorrentes de desajustamentos na forma de organização do trabalho.

Capacidade de definir e fazer partilhar objectivos, gerindo os respectivos processos, mais do que produzindo documentos.

Aumentar a capacidade de diagnóstico, de resolução de problemas, e melhorar a qualidade e eficácia das decisões: A avaliação do estado da organização, face aos alvos e objectivos visados e aos desafios (oportunidades e ameaças) entretanto ocorridos, constitui condição indispensável de uma gestão estratégica capaz de proceder aos ajustamentos e reorientações em tempo útil. Esta avaliação não se compadece com processos demorados, exigindo muita capacidade interiorizada, muita partilha de informação e muita atenção ao ambiente externo e interno, para o que podem concorrer o domínio de métodos e instrumentos de diagnóstico,

nomeadamente leitura de sintomas e análise de problemas, bem como técnicas de participação e implicação pessoal e grupal.

Gerir a melhoria continua da prestação de serviços: Nos tempos actuais merece especial atenção a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos seus destinatários, constituindo preocupação o conhecimento da imagem externa da organização, ao nível da sua adequação junto dos diferentes públicos com que esta se relaciona e ao nível da avaliação da sua acção. A adequação e melhoria dos serviços prestados pressupõe, igualmente, o acompanhamento da evolução das necessidades e expectativas dos destinatários/"clientes" obtida quer no contacto directo e diário com os mesmos, quer em estudos específicos. Por outro lado, a melhoria pressupõe, também, o conhecimento dos processos produtivos, com particular realce para o estado de motivação/satisfação dos profissionais, de modo a viabilizar a actuação aos níveis certos.

Se as condições da envolvente geral das organizações determinam muito da satisfação dos funcionários, não é menos verdade que os dirigentes têm uma influência fundamental no seu grau de motivação (pela adequação das apetências e interesses individuais ao trabalho/contributo solicitado) e mesmo no grau de satisfação (pela criação de um ambiente estimulante, pelo reconhecimento e pelas redes de relação e oportunidades de desenvolvimento proporcionadas). Como desenvolver, com persistência e sensibilidade este ambiente não é tarefa fácil, antes exige saberes e reforços susceptíveis de serem desenvolvidos.

A constante evolução técnica e tecnológica exige o acesso regular a informação de actualização de conhecimentos, que influencia o saber fazer bem, e as tomadas de decisão. Mas o próprio funcionamento da organização produz informação interna que precisa de ser partilhada, depois de tratada de forma adequada aos seus utilizadores, de modo a garantir as



articulações necessárias e a monitorização do desempenho organizacional. Garantir a obtenção, tratamento, actualização e partilha de informação organizacional, não pode deixar de ser responsabilidade da direcção de topo, sem prejuízo da participação de muitos outros actores.

Neste contexto, urge a Gestão do Conhecimento que segundo Thomas J. Beckman,<sup>37</sup> caracteriza-se como a “criação de e acesso à experiência, ao conhecimento e à especialização susceptíveis de fazer surgir novas competências, permitir uma performance de melhor qualidade, incentivar a inovação e aumentar a satisfação do cliente”.

Assim, o propósito ultimo da Gestão do Conhecimento, e a sua medida de sucesso, é o desempenho das organizações e o grau de satisfação do cliente.

A formação é outra das dimensões importantes da Gestão do Conhecimento, afinal “aprender é a maneira de nós próprios transformarmos informação em conhecimento”.<sup>38</sup>

Dada a evolução constante das tecnologias e dos processos de trabalho, a formação está a tornar-se, cada vez mais, um processo continuo e permanente. As organizações tendem a transformar-se em learning organizations, ou seja, “ em organismos que possibilitam a aprendizagem de todos os seus membros e continuamente se transformam a si próprias”.<sup>39</sup>

Para se implementar um sistema de Gestão do Conhecimento, têm de se verificar algumas condições. Assim é necessário:

- Criar um novo tipo de gestor que saiba partilhar o seu conhecimento na organização, que saiba definir, claramente, a informação de que necessita e criar uma visão mobilizadora.

---

<sup>37</sup> BECKMAN, Thomas J., The Current State of Knowledge Management Handbook, CRC Press, USA, 1999

<sup>38</sup> ROSENBERG, Marc J., e-learning, Strategies for Delivering Knowledge in the Digital Age, Ed. McGraw-Hill, USA, 2001

<sup>39</sup> STANFORTH, Derek, “The development of the theory of the Learning Organization in the public services”, Ed. Gower Publishing Limited, England, 1998.

- Uma nova cultura na organização baseada na divulgação do conhecimento, no trabalho colaborativo e na aprendizagem permanente.
- Mudar os organismos, repensar os processos e centrá-los na satisfação das necessidades do cidadão.
- Uma boa infra-estrutura tecnológica que responda às exigências dos potentes sistemas informáticos em que assenta a Gestão do Conhecimento.

É necessário investir em tecnologia e em sistemas de informação, mas o investimento fundamental é nas pessoas. Investir nas pessoas significa investir na formação de novos gestores públicos, na formação dos funcionários em competências básicas (utilização de computadores, domínio da língua e de técnicas de comunicação escrita e outras, etc.) e competências técnicas específicas, num movimento de formação permanente. Significa ainda investir na criação de uma nova cultura organizacional, onde predomine o trabalho colaborativo e a difusão do conhecimento.

A crise que os prestadores de cuidados de saúde enfrentam, gerada por diversos factores, por exemplo, as alterações demográficas com um aumento do envelhecimento da população, com implicações taxa de mortalidade e que por sua vez resultaram numa falta de pessoal qualificado, os avanços da tecnologia e o aumento das expectativas dos pacientes, contribuirão para exacerbar os problemas já existentes nesta década de reformas do sistema de saúde e de substanciais alterações na prestação de serviços.

A criação de uma cultura de participação nunca foi tarefa fácil. Mas na era da informação, em que a mudança ocorre vertiginosamente, existe uma maior necessidade de um forte e esclarecido activismo e empenho de todos.

### 2.2.3. O Sistema Nacional de Saúde

A constituição da república estabelece no art.º 64º que todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Este direito é realizado através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito. Para assegurar esse direito, incumbe ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, garantir uma cobertura racional e eficiente de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde, devendo orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos.

A Lei de Bases da saúde<sup>40</sup>, estabelece que a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado. Refere que o Sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades. Estabelece ainda, que o SNS tem organização regionalizada e gestão descentralizada e participada. A gestão das unidades de saúde deve obedecer a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão.

O Estatuto do SNS<sup>41</sup> permite que a gestão de instituições e serviços do próprio SNS possa ser entregue a outras entidades publicas ou privadas sem ou com fins lucrativos, mediante contrato de gestão. Permite também nestas instituições e serviços o exercício de actividade

---

<sup>40</sup> Lei nº48/90 de 24 de Agosto – Lei de Bases de Saúde

<sup>41</sup> Dec. Lei nº11/93 de 15 de Janeiro – Estatuto do Serviço Nacional de Saúde

privada e admite ainda a possibilidade de estabelecer convenções com grupos de médicos para assegurar a prestação de cuidados de saúde em determinada área geográfica. O Ministro da Saúde pode autorizar a celebração de contratos programa entre as ARS, Autarquias Locais, Misericórdias e outras instituições particulares de solidariedade social (IPSS) com vista à recuperação, exploração e gestão de instituições ou serviços prestadores de cuidados de saúde.

No mesmo sentido, embora com sinal diferente tem vindo a ser publicada diversa legislação com vista a dotar os hospitais do SNS com um novo estatuto jurídico, como é o caso do Hospital de Santa Maria da Feira. Idêntico procedimento se verifica em relação à organização e funcionamento de centros de saúde e à criação dos sistemas locais de saúde, das agências de contratualização e acompanhamento, bem como no advento de vários programas no domínio da garantia da qualidade e do acesso aos serviços de saúde.

Perante este quadro jurídico, será razoável perguntar se estas leis são adequadas para assegurar o legítimo direito à protecção da saúde dos cidadãos? Ou, antes pelo contrário, será o actual quadro jurídico limitador e impeditivo desse direito? Isto é, será que temos as leis certas e suficientes para alcançar os fins e a missão do sistema de saúde?

O Ministério da Saúde tem consistentemente manifestado preocupação com a reforma do sistema e das estratégias a adoptar para a iniciar.

Os sistemas cresceram financeiramente de forma pouco controlada, crescentemente ineficiente, pouco eficaz em relação aos velhos e sobretudo aos novos problemas de saúde e dando mostras de fissuras graves na equidade. Os sistemas universais e quase gratuitos no ponto de contacto, como são os do tipo do nosso, quando sofrem de falta de oferta, permitem que a acessibilidade universal se torne crescentemente discriminatória.

O SNS revela dificuldades crescentes de controlar a despesa e o uso eficiente dos elevados recursos que consome.

Assim, torna-se urgente a modernização do sector de saúde, através de um processo dinâmico e participativo conducente ao cumprimento do direito à protecção da saúde dos cidadãos, e à satisfação das suas necessidades e expectativas em cuidados de saúde.

### **2.2.3.1.Os Serviços Públicos Hospitalares**

O acesso aos serviços públicos hospitalares, é frequentemente um direito, pelo simples facto de serem cidadãos, como tal têm direitos, sendo muitas vezes utilizadores de um determinado serviço sem vontade, por não terem outras possibilidades ou alternativas.

Estes serviços são cada vez mais sensíveis aos requisitos, preferências e expectativas, das pessoas que os utilizam, verificando-se uma redefinição dos próprios serviços.

Pode ser oferecido aos utilizadores desses serviços, o controlo sobre os mesmos, pelas mais diversas maneiras, desde a sua consulta até à tomada directa de decisão, sendo por exemplo, um dos meios de consulta a realização de inquéritos de opinião. Tom Peters<sup>42</sup>, argumenta que a tendência dos serviços em geral, incluindo os serviços de saúde, vai no sentido de dar cada vez mais poderes aos pacientes.

Tem-se verificado por parte dos gestores dos serviços públicos uma tentativa de fazer com que os serviços prestados sejam cada vez mais orientados para os utentes.

O volume de serviços é aumentado sem o correspondente aumento de fundos. Produzir mais com menos é provável que resulte numa redução da qualidade.

Tradicionalmente, o hospital assume-se como uma instituição voltada para si própria.

Da convergência entre as novas orientações estratégicas para a modernização da gestão hospitalar e os problemas encontrados na instituição, torna-se evidente a necessidade dos

---

<sup>42</sup> PETERS, Tom, O círculo da inovação, Ed.Bertrand, Lisboa, 1997

Conselhos de Administração dos hospitais apostarem no desenvolvimento e implementação de estratégias de comunicação e marketing adequadas, por forma a aumentar a satisfação dos seus públicos e melhorar a imagem institucional.

Gronroos<sup>43</sup> refere que a imagem institucional é o resultado da forma como os consumidores percebem a organização. Assim sendo, e porque o consumidor irá em parte, julgar a qualidade e a natureza do serviço em função da sua aparência, a organização não deve apenas ser boa, ela tem de parecer bem.

Numa organização cuja vocação é a prestação de serviços, a imagem é o resultado da “interpretação do conjunto dos seus sinais visuais”, mas também das experiências interactivas de cada indivíduo, e entre cada indivíduo, com a organização em causa, em cada momento. Por isso, as expectativas dos consumidores são influenciadas pela forma como vêem a organização, isto é, pela sua imagem.<sup>44</sup>

É hoje uma certeza que o desfasamento entre o serviço esperado e o serviço percebido pode gerar conflitos. A organização terá clientes insatisfeitos. Por sua vez, clientes insatisfeitos deterioram a imagem.

O bom entendimento entre a instituição e a comunidade onde se insere é condição essencial para garantir por um lado um desempenho mais eficaz, e por outro maior compreensão em momentos de crise.

---

<sup>43</sup> GRONROOS, Christian; An applied service marketing theory, European Journal of Marketing 16.7, 1982, pp. 30-41.

<sup>44</sup> GRONROOS, Christian, a service quality model and its marketing implications, European Journal of Marketing 18.4, 1984, pp. 36-41.

### **2.2.3.2.O hospital como uma unidade prestadora de serviços**

O hospital “ é um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde 24 horas por dia”<sup>45</sup>.

A sua vocação natural é a produção de serviços, e não de bens. Ao serviço estão associadas características específicas que garantem à partida, uma abordagem muito particular. O serviço é intangível, é variável, a produção e o consumo são simultâneos e não é possível armazená-lo.

As características básicas dos serviços, fazem com que o contexto de marketing e a relação com o cliente nas organizações prestadoras de serviços, sejam fundamentalmente diferentes das organizações produtoras de bens de grande consumo<sup>46</sup>.

O envolvimento do cliente no processo de produção é talvez uma das características mais interessantes do serviço. Daqui resulta um leque de relações, comportamentos e atitudes que influenciarão definitivamente a qualidade do próprio serviço. A presença de outros clientes que simultaneamente adquirem e consomem o serviço, afectam a sua natureza<sup>47</sup>.

Num hospital sem fins lucrativos e de orientação comunitária – todas as pessoas com necessidades de assistência à saúde e que se encontram na comunidade vizinha, são utentes potenciais, torna-se mais delicada a gestão por um lado, da produção de um serviço cujo padrão de qualidade deve ser o mais homogéneo possível e por outro, da teia de relações que se estabelecem entre instituição e seus profissionais.

---

<sup>45</sup> Direcção Geral de Saúde; 1998

<sup>46</sup> GRONROOS, Christian; 1982, op. cit. pp.30 - 41

<sup>47</sup> GRONROOS, Christian; 1982, op. cit. pp.30 - 41

A unidade hospitalar é um espaço multifacetado e multidisciplinar, onde se cruzam diariamente experiências várias. Não raras vezes apresenta um misto de sentimentos, de atitudes e de comportamentos divergentes, onde a tensão comanda, quer as relações humanas, quer as relações com a instituição.

Nos últimos anos, todo um conjunto de novas orientações estratégicas têm vindo a ser definidas a nível nacional, no sentido da concretização de uma vontade de mudança na gestão hospitalar.

No essencial, as orientações estratégicas apresentadas pela DGS<sup>48</sup> para o novo modelo de gestão hospitalar, vão ao encontro de um conjunto de objectivos precisos. De entre eles, realçamos os seguintes:

- Promover a avaliação sistemática da satisfação dos profissionais;
- Definir um plano anual de informação/comunicação, vocacionado para os públicos externos (doentes e comunidade) e internos em cada hospital;
- Avaliar sistematicamente a satisfação dos doentes – nos serviços principais, com a participação de entidades externas (da comunidade e organismos de consumidores);
- Estabelecer um sistema de avaliação interna dos serviços e dos cuidados;
- Instituir auditorias de qualidade e fomentar a acreditação/certificação dos serviços e hospitais;
- Estimular a utilização de benchmarking entre hospitais e serviços semelhantes, como método de procura continua de aperfeiçoamento da organização/gestão e do próprio processo de cuidados;
- Avaliar periodicamente a performance;

---

<sup>48</sup> Direcção Geral de Saúde, 1998



- Reconhecer e recompensar os bons serviços e profissionais, através de um sistema de incentivos.

Cada hospital deverá, ainda, criar e/ou reforçar um conjunto de instrumentos que facilitem:

- O acesso e auto-encaminhamento;
- O direito a reclamar;
- Informação sobre a doença e a sua evolução (educação e prevenção);
- Distribuição da carta de direitos e deveres;
- Indicações sobre a autorização de operações;
- Melhoria da qualidade de atendimento;
- Personalização dos contactos.

O “novo hospital” pretende ser uma instituição “ melhor inserida na comunidade, com maior capacidade de gestão, explicitando os seus padrões de qualidade, dispondo de mecanismos de segurança e saúde dos seus trabalhadores”. Esta nova orientação deverá pautar-se pela criação de “uma dinâmica de mudança orientada para o aproveitamento integral de todos os recursos e para a satisfação das necessidades dos cidadãos”<sup>49</sup>.

A estratégia definida pelo Ministério da Saúde para o sector aponta para a “ promoção de uma reforma profunda na administração pública da saúde que modifique substancialmente a gestão e organização dos centros de saúde e dos hospitais do SNS”, no sentido da satisfação do utente com a “ institucionalização de um sistema de qualidade na saúde, com todas garantias que ele comporta para o cidadão e para os profissionais”. Nas suas

---

<sup>49</sup> ROSENBERG, Marc J., e-learning, Strategies for Delivering Knowledge in the Digital Age, Ed. McGraw-Hill, USA, 2001

orientações estratégicas fundamentais, refere mesmo a necessidade de “assumir a centralidade do cidadão...”<sup>50</sup>.

### **2.2.3.3. Os públicos do Hospital**

O hospital é uma instituição que diariamente se depara com públicos tão diversos como utentes, médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar, fornecedores, órgãos de gestão e a comunidade em geral. No hospital, os serviços são prestados por diferentes profissionais, cada um dos quais lidando com um aspecto específico do serviço de saúde.<sup>51</sup> A prestação do serviço hospitalar é pois o “resultado do trabalho multidisciplinar de profissionais diversos e da intervenção de diferentes níveis de serviços...”<sup>52</sup>, cujos alvos são o mais diversificado possível. Deve, portanto, falar-se de públicos do hospital, em vez de público. Philip Kotler<sup>53</sup> define público como “um grupo distinto de pessoas e/ou organizações que possuem um potencial interesse real ou potencial e/ou um impacto sobre uma organização”. A heterogeneidade parece ser, portanto, a melhor forma de adjectivar os públicos de uma instituição hospitalar pública. Isto quer se trate dos públicos internos, quer se trate dos públicos externos. À heterogeneidade que caracteriza os grupos profissionais e os elementos externos à instituição, devem corresponder programas específicos de comunicação. É de realçar contudo a necessidade destes programas específicos serem desenvolvidos no quadro de uma orientação estratégica coerente e globalizante em direcção aos objectivos institucionais.

---

<sup>50</sup> Ministério da Saúde, 1999.

<sup>51</sup> RANDALL, Lyn; SENIOR, Martin; A model for achieving quality in hospital hotel services, *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, vol.6, University Press Limited, 1994, pp.68-74.

<sup>52</sup> Direcção Geral de Saúde, 1998.

<sup>53</sup> KOTLER, Philip, “Marketing para organizações que não visam o lucro”, Ed. Atlas, São Paulo, 1988.

Em termos genéricos, os públicos de uma organização podem ser classificados em públicos externos, por estarem fora do âmbito da organização, e públicos internos, por se encontrarem dentro da mesma<sup>54</sup>.

A gestão dos públicos internos é seguramente o ponto de partida para se ter clientes satisfeitos. Alguns estudos publicados na literatura da especialidade asseguram-nos que para ter clientes satisfeitos, é preciso ter empregados satisfeitos.<sup>55</sup> Por isso, em qualquer organização, a satisfação dos colaboradores internos é determinante para a satisfação de quem está a jusante, ou seja, os públicos externos com quem a organização interage.

No seio do segmento a que decidimos chamar “públicos externos” há um grupo, cuja importância e função nos obriga a encará-lo de forma particular. Estamos a falar de comunicação social que, pelo peso que tem na formação da opinião pública, contribui decisivamente para a construção da imagem daquela, e de outras, instituições hospitalares.

Actualmente, as fontes que prestam esclarecimentos à opinião pública através da comunicação social são diversas. Não existindo alguém responsável, quer pela apresentação dos factos, quer pelo esclarecimento de rumores, sendo a tendência à deturpação maior.

---

<sup>54</sup> LENDREVIE, Jacques et al, Mercator, “Teoria e prática do marketing”, Ed. Dom Quixote, Lisboa, 1998.

<sup>55</sup> GRONROOS, Christian, An applied service marketing theory, European Journal of Marketing 16.7, 1982, pp. 30-41.

#### 2.2.3.4. A Qualidade dos Serviços Prestados

A qualidade nos serviços assume cada vez mais um papel importante no seio das organizações, designadamente ao nível das Instituições de Saúde onde as expectativas de qualidade dos utentes e dos profissionais estão a aumentar.

Para assegurar uma prestação de serviços de saúde com qualidade, os gestores necessitam de informação precisa, relativamente às necessidades dos seus utentes e dos recursos necessários para a satisfação dessas mesmas necessidades.

São as tecnologias de informação, cada vez mais necessárias aos gestores, que vêm possibilitar a rápida assimilação das implicações de complexas e potenciais decisões dispendiosas, relativamente à distribuição de recursos de uma forma eficiente e eficaz.

As pressões dentro dos sistemas de saúde e a procura de cuidados estão a sofrer um aumento, contrariamente aos recursos que estão a diminuir.

A única forma dos gestores conseguirem desenvolver as suas estratégias, fazendo uma correcta utilização dos recursos disponíveis, é efectivamente munirem-se de sistemas de informação fiáveis, e atribuir um aumento de poder e decisão dos intervenientes mais directos na prestação dos cuidados de saúde.

A ISO (*The International Organization for Standardization*) é uma organização mundial de entidades nacionais de padronização. Uma das normas por si emanadas, a ISO9004 cujo título é “Administração da qualidade – Elementos do sistema de qualidade”, deve-se à necessidade de um guia destes, para o desenvolvimento das empresas devido à necessidade e reconhecimento cada vez maior da qualidade e satisfação do cliente<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> JOHNSON, James C., WOOD, Donald F., “Contemporary Logistics”, Ed. Prentice Hall, 1996, pp 104-138.

A aplicação bem sucedida da norma, conforme citado no referido manual, possibilita oportunidades significativas para:

- Melhorar o desempenho do serviço e a satisfação do cliente,
- Melhorar a produtividade e a eficiência reduzindo ao mesmo tempo os custos;

O manual refere ainda que para alcançar estes benefícios, o sistema de serviços de qualidade deve também responder pelos aspectos humanos da qualidade envolvidos, tais como:

- Administração do processo social envolvido no serviço;
- Administração da interacção humana como parte crucial da qualidade de serviço ;
- Reconhecimento da importância da percepção dos clientes sobre a imagem da organização, cultura e desempenho;
- Desenvolvimento de conhecimentos e capacidades do pessoal;
- Motivação do pessoal para melhorar a qualidade e para atingir as expectativas do cliente.

A parte introdutória da norma salienta a importância do indivíduo e sua relação social para a obtenção da qualidade de serviços. Empregados motivados, com formação adequada e com reconhecimento daquilo que propõem realizar, permitem uma aproximação maior à satisfação das necessidades dos clientes.

Mas o que significa serviço de qualidade? Para o determinarmos, será importante definirmos primeiro, o que se entende por serviços. Assim, de acordo com a definição algo simplista de Rathmell<sup>57</sup>, serviços são actos, acções, desempenho. De forma simples e objectiva o autor engloba todas as categorias de serviços, quer sejam eles agregados a um bem ou não. No momento em que consideramos serviços como actos, fica claro definir e diferenciar o objecto de transacção. Portanto, nos serviços estamos principalmente

---

<sup>57</sup> RATHMELL, John, "What is meant by service?" Journal of Marketing, Vol.30, Oct. 1996, pp. 32-36.

preocupados em comercializar actos, acções, desempenho. O enfoque é naquela parte intangível que acompanha ou não algum bem, igualmente objecto de uma transacção comercial.

Podemos afirmar que a qualidade de um serviço é variável de pessoa para pessoa. Os clientes ficam satisfeitos ou não, conforme as suas expectativas, sendo o produto final de um serviço o resultado de um sentimento.

Segundo Albrecht<sup>58</sup>, qualidade em serviços, é a capacidade que uma experiência ou qualquer outro factor tem para satisfazer uma necessidade, resolver um problema ou fornecer benefícios a alguém.

Além de uma percepção diferenciada consoante o cliente, existem também estímulos físicos e de estado de espírito (necessidades, ânimo, etc.). Os principais aspectos físicos da percepção podem ser: Similaridade, proximidade e continuidade.

Princípio da similaridade: as coisas similares tendem a ser percebidas pelo indivíduo como parte de um conjunto.

Por exemplo, se um médico proporciona um mau atendimento a um numero razoável de utentes, estes tendem a generalizar a sua experiência.

Princípio da proximidade: as coisas próximas tendem a ser percebidas como parte de um conjunto. Por exemplo, o caso da meningite. Quando veio a público que algumas crianças poderiam ter sido infectadas por esta doença, logo houve um aumento de compra de vacinas para a meningite.

Princípio da continuidade: Quando existe um determinado conhecimento ou associação sobre algo, então basta uma referência para desencadear o restante. Por exemplo, a tão famosa campanha publicitária, onde bastava perguntar a alguém por aspirina, e

---

<sup>58</sup> ALBRECHT, Karl, “Revolução nos Serviços”, Ed. Pioneira, São Paulo, 1992.

automaticamente, esta respondia, aspirina há só uma, a da Bayer e mais nenhuma. Este é o princípio da continuidade. Ao citar o nome ou marca de uma empresa, automaticamente os clientes a associam aos conceitos formados.

Como anteriormente ilustrado, existem determinados incentivos externos que contribuem para a percepção do consumidor. Conhecendo estas características externas e as necessidades individuais dos consumidores tornar-se-à mais fácil superar as expectativas.

Assim, quando se pretende oferecer serviços com qualidade, deve-se ter presente que cada actividade desempenhada, será uma peça para a formação da imagem futura. Quanto mais estas actividades se aproximarem do nível de qualidade desejado, mais forte será a associação a uma boa imagem, devido aos princípios da similaridade e continuidade.

A formação da imagem depende de actividades frequentes que transmitem o nível de qualidade desejado. Sendo o conceito de qualidade individualizado segundo a mente de cada um dos utentes.

O número de utentes que procuram os serviços de um hospital é elevado, colocando dificuldades de controlo e de racionalização no processo de prestação de serviços de cuidados de saúde.

Quando o utente contacta com a organização, vai consumir um serviço que é o resultado de todo um esforço metodológico que antecipou esse contacto. Se anteriormente houve uma preparação de todos os funcionários intervenientes, o serviço será considerado de boa qualidade. O resultado de todas estas interacções é que formará um conceito final, satisfatório ou não, por parte dos utentes.

A capacidade do hospital desempenhar todas as actividades previstas, é que determinará o nível de qualidade do serviço percebido pelos utentes.

Para proporcionar serviços de qualidade, são necessários certos atributos, que podem ser vistos de certa forma como requisitos essenciais para que os utentes alcancem um determinado nível de expectativa. Estes atributos têm certas dimensões, designadamente: Confiabilidade, segurança, aspectos tangíveis e empatia.

Confiabilidade. É importante para prestar serviços de qualidade que haja confiabilidade, gerada pela habilidade de fornecer de forma segura e precisa, o que foi prometido.

Segurança. Os consumidores querem dos prestadores de serviços a habilidade de transmitir segurança e confiança caracterizada pelo conhecimento e cortesia dos funcionários.

Aspectos tangíveis. Os aspectos físicos que circundam a actividade de prestação de serviços também têm a sua importância como factor de influência. Neste sentido, conforme foi comentado anteriormente, contém as instalações, equipamentos e aparência dos funcionários.

Empatia. O grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos clientes, são também importantes aspectos dos serviços. A capacidade de se colocar no lugar dos outros, a receptividade e a disposição de ajudar os clientes são exemplos disso.

Os atributos devem ser ordenados segundo uma ordem de importância, conforme as exigências dos utentes, podendo uma pesquisa junto do público alvo ajudar a determinar estas prioridades. Tendo consciência desta realidade, concluímos que a forma como os utentes transmitem o seu sentimento de satisfação ou insatisfação relativamente à percepção que têm do serviço que lhes foi prestado, afectam de forma significativa a noção de qualidade daquele serviço perante os outros utentes e a comunidade em geral.



### 3. ANÁLISE EMPÍRICA – ESTUDOS DE CASO

« Olhar é uma coisa. Ver aquilo que se olha é outra.  
Compreender aquilo que se vê é outra coisa.  
Aprender a partir do que se compreende é,  
ainda, outra coisa. Mas agir com base no que  
se aprendeu é o que realmente interessa. »

Winston Churchill

#### 3.1. Os hospitais no sistema de Saúde Português

No início do século XXI, o hospital é o local onde se considera que os procedimentos mais invasivos e salvadores da vida podem e devem ocorrer, sendo desejável a harmonização das práticas humanistas e tecnocráticas da medicina. Pelas suas características intrínsecas, de funcionamento, de custos de pessoal, equipamento, instalações e produtos farmacêuticos, concorre largamente para a escalada de gastos com a saúde, tornando-se um alvo de críticas.

Para este aumento de gastos contribui uma progressiva “medicalização” da vida de todos os dias, e a interiorização pelos quadros hospitalares de que a medicina moderna, implica alta tecnologia, que a todos deve ser disponibilizada. Foi-se assistindo a uma modificação das relações de poder dentro das instituições, surgindo, com crescente frequência uma situação de conflito entre profissionais de saúde e administrações, determinada pela existência de diferentes objectivos e prioridades. Nas tabelas 1e 2 seguintes, estão sintetizados alguns números que nos permitem avaliar a realidade Portuguesa.

Podemos dizer que há uma relativa estabilização do número de internamentos, uma enorme subida do numero de consultas Externas, e de episódios de urgência.

**Tabela 1:** Produção hospitalar

	1990	1998	Evolução
Doentes Saidos	730,0	869,5	139,5
Consultas Externas	28.400,7	32.442,5	4.041,8
N.º urgências	8.718,9	11.120,8	2.401,9

**Fonte :** Direcção Geral de Saúde, 2001

De facto, os hospitais sofreram profundas modificações, traduzidas não só no aumento de afluência, como nas melhorias de quadros, equipamentos e instalações. O hospital não é mais um elemento isolado no sistema de saúde. Deverá estar, cada vez mais, integrado com os restantes níveis de cuidados, numa rede perfeitamente articulada. O hospital não poderá esquecer que existe para suprir as necessidades de saúde das populações, que exigem e merecem uma prática humanizada.

Assiste-se hoje em dia à substituição acelerada do internamento por atendimentos em regime de ambulatório. Esta tendência, tornada possível sem riscos pela evolução recente da tecnologia e técnica médica, é justificada pela preocupação de evitar, tanto quanto possível, o internamento no sentido de diminuir custos. Os hospitais deverão pois organizar-se no sentido do ambulatório, privilegiando as consultas externas e os hospitais de dia e apoiando a medicina domiciliária.

Como condicionantes externas ao funcionamento dos hospitais tem sido apontado o estatuto hospitalar, o subfinanciamento e a afluência exagerada de utentes, particularmente às urgências. O primeiro é de facto um espartilho que dificulta a tomada de medidas de gestão inovadoras. Quanto ao subfinanciamento, passará pelo menos em parte, por um

reaproveitamento de recursos; não podemos esquecer que o total das despesas com a saúde, em percentagem do PIB (8,2% do PIB<sup>59</sup> em 2000) se encontram a crescer de uma forma preocupante e algo descontrolada.

Tabela 2: Despesas com a Saúde: Portugal e outros Países

	1990		2000	
	% das despesas totais de saúde em relação ao PIB	% das despesas públicas de saúde em relação ao PIB	% das despesas totais de saúde em relação ao PIB	% das despesas públicas de saúde em relação ao PIB
Alemanha	8,7	6,7	10,6	8
Áustria	7,1	5,2	8	5,6
Dinamarca	8,5	7	8,3	6,8
Finlândia	7,9	6,4	6,6	5
França	8,6	6,6	9,5	7,2
Grécia	7,5	4,7	8,3	4,6
Irlanda	6,6	4,8	6,7	5,1
Itália	8	6,4	8,1	5,9
Portugal	6,2	4,1	8,2	5,8
Espanha	6,6	5,2	7,7	5,4
Canadá	9	6,7	9,1	6,5
Reino Unido	6	5	7,3	5,9
Estados Unidos	11,9	4,7	13	5,8

Fonte : OCDE, Health, 2002

3.1.1.Os Serviços de Cuidados de Saúde em Ambulatório

Os serviços prestados em ambulatório<sup>60</sup> constituem frequentemente o primeiro contacto dos utentes com o hospital, contribuindo dessa forma para a construção da imagem do hospital.

<sup>59</sup> OCDE, Health, 2002

<sup>60</sup> Ambulatório é designado pelo conjunto de serviços prestados a utentes que não estão hospitalizados

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento da procura deste tipo de serviços, sendo o seu crescimento significativo e generalizado<sup>61</sup>. Constitui a única área em crescimento dos serviços prestados nos hospitais. Esta tendência é o resultado do avanço tecnológico e das pressões económicas que obrigam os prestadores de cuidados de saúde a reduzirem os seus custos. Também as preferências dos utentes em serem tratados em estruturas mais acessíveis e melhor localizadas, reflectem não só o crescimento dos serviços prestados em ambulatório, como também a diminuição das instalações de tratamento hospitalizado.

Dada a estrutura e funcionamento deste serviço, caracterizada por uma especificidade e autonomia face aos restantes serviços do hospital, houve a necessidade da elaboração de uma estratégia e plano próprio.

A existência de um Administrador e Director com responsabilidade total, reportando apenas ao Director, é sinónimo de independência, objectivos e estratégias próprias, podendo traduzir-se na existência de planos formais de melhoria contínua dos serviços prestados e sistemas de informação próprios de modo a possibilitar o controlo dos custos associados aos serviços prestados, podendo portanto conseguir-se um relatório separado e calculo das margens de contribuição para os resultados totais do hospital.

A estes serviços, estão-lhe associados grandes dificuldades, nomeadamente: - Grau de incerteza no planeamento diário das consultas, uma vez que pode haver uma “entrada” no processo de prestação de serviço .

Raramente a oferta responde à procura, a não ser como é o caso, de se regular a procura através de marcação, embora se regule apenas a procura diária e não a sazonal.

---

<sup>61</sup> ANDERSON, Howard J., “Ambulatory Care Directors Help Hospitals Gear Up for Growth”, Hospitals, March 20, 1992, pp 52-56.

As características necessárias aos funcionários que ali trabalham, carecem de uma elevada componente em relações públicas.

A tecnologia pode em alguns casos substituir o factor humano, a atitude dos funcionários , a envolvencia das instalações, mas é a atitude dos utentes que determinará a qualidade do serviço experimentado. No entanto, o produto final de um serviço é sempre um sentimento. Os clientes/utentes ficam satisfeitos ou não, conforme as suas expectativas. Portanto a qualidade de um serviço é variável de pessoa para pessoa.

Os serviços possuem sempre duas componentes de qualidade que devem ser considerados: o serviço propriamente dito e a forma como é percebido pelo cliente/utente.

Por tudo isto, a importância dos serviços prestados em ambulatório não deve ser subestimada, uma vez que frequentemente são o primeiro ponto de contacto dos utentes com o hospital, significando portanto, bastante para a sua boa imagem.

### **3.1.2. O Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro**

#### **3.1.2.1. Historial e Enquadramento do hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro**

O actual hospital deriva de uma estrutura hospitalar anterior, mais pequena e menos diferenciada que funcionou durante cerca de 30 anos e que tinha 115 camas.

O novo hospital foi inaugurado em 17 de Setembro de 1985, após 3 anos de trabalho de uma Comissão Instaladora, com um edifício novo, um maior numero de especialidades, de efectivos dos vários grupos profissionais e um maior numero de camas - cerca de 500 - passando a ser designado por Hospital Distrital do Barreiro.

Em 1995 viu a sua designação ser alterada por despacho do Ministro da Saúde - publicado no D.R.II Série n.º 218, de 20.09.95 -, o qual teve o seguinte teor:

“Desde 1736 que no Concelho do Barreiro se realizam festividades em honra de Nossa Senhora do Rosário, sua padroeira. O antigo Hospital do Barreiro, que funcionou entre 19.01.59 e 30.09.85, era denominado “Hospital Nossa Senhora do Rosário” e à semelhança da grande maioria dos hospitais, que recuperou a antiga designação do seu estabelecimento e, por outro lado, convindo assinalar o relacionamento dinâmico entre sociedade civil e hospitais que nela se devem integrar, determino, sob proposta do Conselho de Administração e respectiva aprovação de Sua Eminência Reverendíssima o Bispo de Setúbal e do Conselho Geral, que o Hospital Distrital do Barreiro se passe a designar por Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro.”

A decisão governamental de mandar construir este Hospital Público, numa zona industrializada, situado na margem Sul do Tejo, teve como principal causa a insuficiente resposta hospitalar para os problemas de saúde da população residente nos Concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, servindo uma população estimada em cerca de 200.000 habitantes.

Na vertente de prestação de cuidados de Saúde é coordenado pela ARS de Lisboa e Vale do Tejo, integrando-se na sub-região de Setúbal conjuntamente com os hospitais Garcia de Orta (Almada), São Bernardo(Setúbal), do Montijo, Conde de Bracial (Santiago do Cacém), e Ortopédico do Outão.

3.1.2.2. Alguns Indicadores Demográficos da Zona de Intervenção do Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro

A população servida pelo HNSR (ver Tabela 3) concentra-se no Barreiro (40%), verificando-se uma ligeira maioria de mulheres (51,5%) de resto idêntica à distribuição nacional<sup>62</sup>.

Tabela 3: Distribuição da população servida pelo HNSR

	Homens	Mulheres	Total
Barreiro	38.282 (48,5%)	40.729 (51,5%)	79.011 (40,0%)
Moita	32.882 (48,8%)	34.564 (51,2%)	67.446 (34,0%)
Montijo	18.850 (48,1%)	20.318 (51,9%)	39.168 (19,7%)
Alcochete	6.376 (49,0%)	6.634 (51,0%)	13.010 ( 6,5%)
Total Geral	96.390 (48,5%)	102.245 (51,5%)	198.635 (100%)

Fonte: INE, 2002.

Quanto à estrutura etária da população servida, verifica-se que também segue a estrutura etária da população nacional menos de 15 anos (15,9 %), entre 15 e 64 anos (67,5%), mais de 65 anos (16,5%).

Tabela 4: Estrutura etária da população servida pelo HNSR

	0-14	15-24	25-64	+65
Barreiro	12,9%	13,7%	57,6%	15,8%
Moita	16,6%	27,7%	55,2%	12,9%
Montijo	15,0%	13,0%	54,6%	17,3%
Alcochete	16,3%	12,3%	56,1%	15,4%

Fonte: INE, 2002

<sup>62</sup> INE , Recenseamento da População e da Habitação – Censos 2001, Lisboa, 2002.

Relativamente ao nível de ensino podemos verificar pela tabela seguinte, que a população servida, se caracteriza por uma baixa escolaridade, com predomínio daqueles que atingiram apenas o 1º ciclo (32º), sendo a percentagem dos que não apresentam nenhum nível de escolaridade igualmente significativa (13º).

Tabela 5: Nível de ensino atingido pela população servida pelo HNSR

	Nenhum	1ºCiclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Ensino Médio e Superior
Barreiro	10,8%	32,3%	9,2%	11,1%	36,6%
Moita	13,9%	31,2%	10,5%	12,7%	31,6%
Montijo	16,9%	32,5%	10,4%	10,7%	29,4%
Alcochete	15,5%	32,3%	10,8%	11,4%	29,9%

Fonte: INE, 2002

Constata-se que praticamente toda a zona abrangida pelo Hospital possui bons indicadores de saneamento básico como se pode ver através da tabela nº6.

Tabela 6: Saneamento básico da população servida pelo HNSR

	Água	Electricidade	Esgotos
Barreiro	99,4 %	99,6%	96,7%
Moita	99,7%	99,8%	98,4%
Montijo	99,5%	99,7%	98,5%
Alcochete	98,9%	99,5%	98,0%

Fonte: INE, 2002



### **3.1.2.3. As Consultas Externas do Hospital Nossa Senhora do Rosário**

O actual serviço de consultas externas iniciou o seu funcionamento no dia 25 de Fevereiro de 2002, tem como área de influência os conselhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo.

É gerido por um Director de Serviço, uma Enfermeira Chefe e uma Administradora Hospitalar, coadjuvados pelo Chefe de Repartição, Chefe de Secção e pela coordenadora do secretariado das consultas externas.

Está localizado no piso 1, possui 40 gabinetes, onde se realizam consultas diferenciadas, referentes aos diversos serviços de internamento. As excepções englobam as consultas de Pediatria, de Oncologia, de Imunohemoterapia, de Infecçiology, de Psiquiatria, de Psicologia, de Endocrinologia e Nutrição, as de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Fisiatria que se realizam nos respectivos serviços.

As diferentes valências funcionam de segunda a sexta feira, distribuídas por blocos horários de 2 a 4,5 horas cada, no período compreendido das 8:00 às 18:00 horas, de acordo com as necessidades expressas pelas várias especialidades (ver tabela 7).

Existem igualmente algumas salas de apoio aos gabinetes de consulta, nomeadamente:

- 3 salas de pensos e tratamentos (Gab. 25,28,e 29);
- 1 sala de reuniões (Gab. 20);
- 1 sala de exames (Gab. 35);
- 1 sala para vestiários (Gab. 8);
- 1 sala polivalente (Gab.3);
- 1 sala de arrecadação (Gab.18);
- Sala de enfermeira chefe (Gab. 10);
- Sala de médico estagiário (Gab.34)

**Tabela 7:** Distribuição de gabinetes, numero de médicos e horas afectas a cada uma das especialidades de consulta externa.

Especialidade	N.º de Médicos	N.º de Gabinete	N.º de Horas
Apoio ao Fumador	2	22, 13	4
Cardiologia	9	1, 2 e 5	39,5
Cirurgia Geral I	9	26, 30, 31	19
Cirurgia Geral II	8	27, 30, 31, e 32	23
Cirurgia Plástica	2	32	7,5
Dermatologia	3	12, 14, 16	44
Gastro	5	15	16
Ginecologia	16	37, 39, 40	51
Med. Trabalho	1	22	4
Medicina Interna	11	6, 4	34
Nefrologia	1	7	4
Neurologia	4	17, 19	18,5
Obstetrícia	6	37, 38, 39	28
Ortopedia	9	23, 24	40
Pneumologia	7	9, 11, 13	25
Senologia	4	21	12
Sinistrados	1	27	3
Urologia	4	27, 31, 32	14

**Fonte:** Hospital Nossa Senhora do Rosário, Ministério da Saúde, 2002.

Relativamente à área administrativa, no secretariado da consulta externa, o atendimento ao público processa-se de forma centralizada das 8:00 às 18:00 horas através de um sistema electrónico de chamada. Neste secretariado realizam-se as seguintes funções:

- Recepção e atendimento dos utentes, sua completa identificação e informação sobre a consulta pretendida;
- Marcação de consultas de 1ª vez e subsequentes, segundo orientação médica de acordo com vagas existentes na agenda;
- Encaminhamento dos doentes para a realização de exames complementares pedidos;
- Encaminhamento dos utentes ao serviço social em caso de carências ou graves problemas sociais;
- Passagem de declarações de presença;

- Verificação de receitas médicas (nomeadamente a colocação da vinheta do hospital) bem como de requisições de transporte para utentes com dificuldades específicas na sua deslocação à consulta.
- Verificação da isenção do pagamento de taxa moderadora e efectivação da sua cobrança quando devida, sua conferência e posterior entrega na tesouraria.

Para além destas tarefas, relacionadas directamente com o atendimento ao público, desenvolvem-se ainda as seguintes tarefas:

- Abertura e organização do processo clínico aos utentes de primeira vez;
- Efectivação das consultas realizadas diariamente;
- Introdução no programa informático do registo diário dos actos decorrentes das consultas;
- Convocação dos utentes para a consulta e participação da alteração de datas de consulta.

Estas funções processam-se com o apoio de um sistema informático. Os processos clínicos para as consultas programadas não carecem de ser requisitados, sendo facultados de véspera pelo Arquivo Clínico segundo uma listagem de computador, por consulta, período e sala.

Acessibilidade à 1ª consulta, está condicionada por uma referência médica oriunda dos:

- Centros de Saúde;
- Serviços de urgência, de internamento ou outra especialidade do HNSR;
- Outros Hospitais;
- Médico particular do doente residente na área.

### **3.1.2.3.1. Dados Estatísticos das Consultas Externas**

Dados do hospital referem que não existe um aproveitamento dos gabinetes das consultas como seria desejado, não só pelos horários praticados, mas também pelas faltas dos médicos, o que sugere uma taxa efectiva de utilização mais baixa.

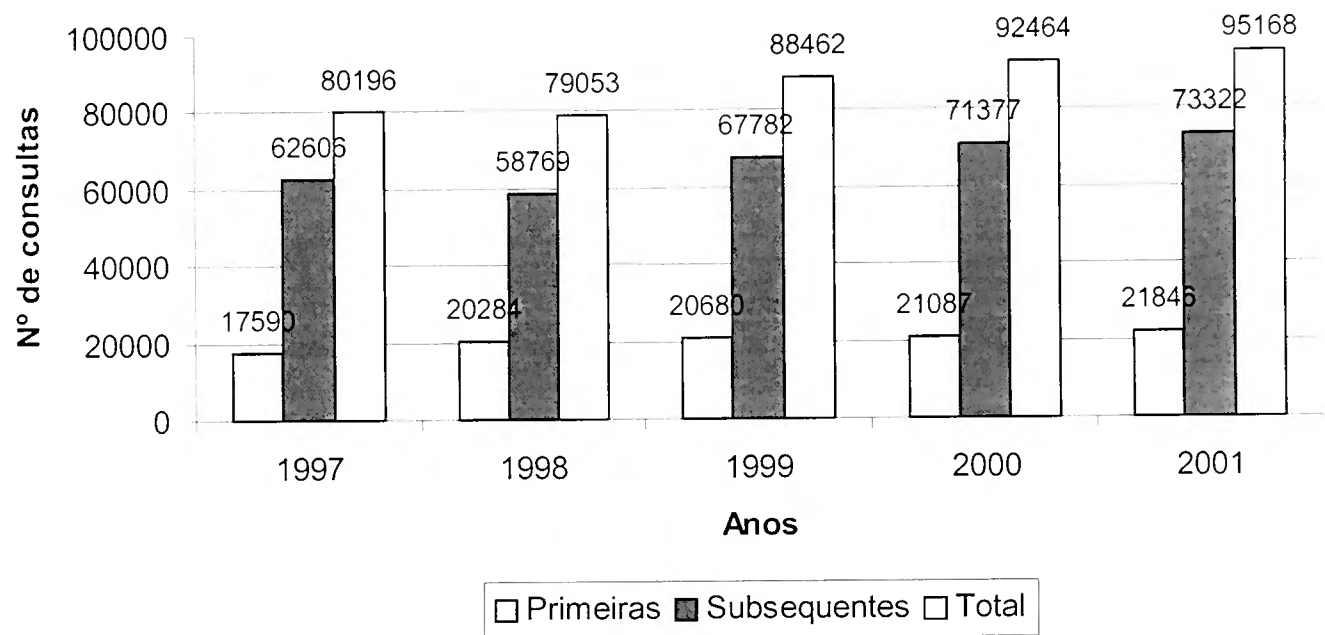
O hospital continua a precisar de se expandir nesta área, para a qual é essencial a uma melhoria de acessibilidade. É certo que o hospital tem feito um esforço de organização que lhe permitiu aumentar o numero das consultas, inclusivamente investindo em novas infra-estruturas.

No gráfico 1 pode-se ver o numero de consultas externas efectuadas no hospital nos anos de 1997 a 2001, e a sua repartição entre primeiras e segundas consultas. Como se pode verificar o numero de consultas externas andava por volta das 80196 consultas subiu em 2001 para 95168 consultas anuais.

No mesmo período verifica-se que o numero de primeiras consultas apresenta um ligeiro acréscimo, o que de certo modo é normal, uma vez que vão aumentando o numero de segundas consultas, isto é, os doentes vão permanecendo mais tempo no sistema, durante o tratamento da sua doença.

No entanto, não quer dizer que o tempo de permanência no Hospital para tratamento (tempo entre a primeira consulta e a alta dada pelo médico) não esteja elevado, contribuindo assim para o aumento do tempo de espera por uma consulta.

**Gráfico n.º 1:** Número total de consultas externas realizadas no HNSR nos anos de 1997 a 2001 e sua separação em primeiras e segundas consultas.



**3.2. Metodologia de Investigação**

**3.2.1. Selecção das dimensões a avaliar**

Apesar da avaliação dos utentes ser importante, temos primeiro que perceber claramente o quê, e como é que eles avaliam, antes de a sua opinião poder ser exactamente quantificada e interpretada. Os atributos que são avaliados relacionam-se com dimensões distintas dos cuidados de saúde.

Como anteriormente referenciado, quando nos propomos realizar um estudo de avaliação da satisfação dos utentes, existe a necessidade de especificar as dimensões que se pretendem medir. Com base na revisão bibliográfica, consideramos três dimensões para descrever e avaliar os serviços prestados nos dois serviços de consultas externas - Ortopedia e Oftalmologia - do HNSR.

As dimensões em análise constituem as componentes de um instrumento de recolha de informação, cuja validade depende da sua pertinência como factores condicionantes da satisfação dos utentes, e que são as seguintes:

- *Facilidade de acesso aos cuidados:* a qual está relacionada com a acessibilidade/disponibilidade dos serviços face à procura destes por parte dos utentes, tendo em conta factores como o sistema de marcação das consultas e tempos de espera.
- *Amenidades:* são todo o tipo de atributos que podem contribuir para diminuir o desconforto ou adversidade de um meio que nos é estranho. Para esta análise, consideram-se aspectos relacionados com o conforto, privacidade e aspecto geral do local da consulta (sala de espera e sala de consulta).
- *Cuidados Prestados:* relacionam-se com os aspectos relativos aos cuidados médicos, nomeadamente duração da consulta, esclarecimentos e disponibilidade do médico, confiança e continuidade dos cuidados.

Para medir o conceito de satisfação, procurámos vários indicadores de forma a avaliar diversas facetas do conceito em análise.

### **3.2.2. Construção e administração do questionário**

Neste estudo, foi usado um questionário (ver Anexo) aplicado aleatoriamente por entrevista individual, aos utentes que se encontravam nas salas de espera dos serviços de Ortopedia e Oftalmologia do HNSR. A aplicação do questionário aos utentes foi conduzido pela autora (tendo sido apresentada como aluna do Instituto Superior de Economia e Gestão), tendo esta aplicação decorrido no período das duas primeiras semanas do mês de Junho de 2002.

O numero de utentes inquirido foi de 81 utentes no serviço de oftalmologia e de 89 utentes no serviço de ortopedia, num total de 170, constituindo estes, o tamanho da nossa amostra.

Foi garantido aos inquiridos o anonimato e a confidencialidade das respostas, assim como lhes foi previamente explicado a finalidade do mesmo, procurando obter o máximo de colaboração possível.

Os questionários foram aplicados em entrevista individual, dado que este método se traduz em numerosas vantagens, designadamente:

- Evitar deficientes interpretações das perguntas, identificando as perguntas que suscitem dúvidas;
- Obtenção de um maior número de respostas, dando-nos a certeza de que quem responde é de facto a pessoa que é objecto de estudo.

O questionário contemplou 40 questões, das quais apenas duas abertas, que foram organizadas por diferentes temáticas: a deslocação do utente ao hospital; as amenidades; os cuidados médicos que foram prestados ao doente; a opinião geral do utente, pretendendo com a mesma, avaliar a satisfação do utente de uma forma global e por fim são colocadas

questões de natureza sócio-demográfica. Constituiu o principal instrumento de recolha de informação na avaliação do grau de satisfação dos utentes. Foi essencialmente composto por perguntas fechadas, pois além de facilitar o preenchimento do questionário, visto as respostas serem dadas e registadas rapidamente e de forma objectiva, viu diminuída a disposição ou posições dúbias relativamente a determinado assunto, facilitando ainda a sua posterior codificação.

### **3.3. Apresentação e discussão dos resultados**

Verificou-se uma boa receptividade aos questionários, pois a relação entre as respostas obtidas e as possíveis, situou-se acima dos 60 %.

No que respeita ao total dos 170 questionários respondidos, destes, 81 correspondem a utentes que recorreram a uma consulta de Oftalmologia e 89 foram utilizadores da consulta de Ortopedia.

Interessa agora comparar a proporção de respostas obtidas por especialidade, com os números referentes às respectivas populações de origem.

#### **3.3.1. Caracterização da população**

De acordo com os dados do quadro nº1 em anexo, podemos ver a distribuição dos respondentes por idades e aí verificamos que a classe modal (classe onde se verifica o maior numero de respondentes) é a dos 55-64 anos e nesta se localizam 38 dos nossos 170



respondentes. Além disso, constatamos que os utentes se concentram essencialmente nas classes com idades iguais ou superiores 55 anos (representando estes 58,2% do total dos respondentes).

Pela análise do quadro seguinte podemos verificar que em Oftalmologia, a classe modal é a dos 65-74 anos e a média etária é de 59,3 anos, por sua vez em Ortopedia é de 48,2 anos. As maiores médias etárias nos utentes que recorrem a Oftalmologia, poderão significar alguma continuidade nos cuidados.

Quadro n.º 1 - Idade dos utentes inquiridos por especialidade

IDADE	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA	
	FREQ.	%	FREQ.	%
0 - 14	2	2,5	4	4,5
15 - 24	1	1,2	7	7,9
25 - 34	2	2,5	10	11,2
35 - 44	6	7,4	12	13,5
45 - 54	9	11,1	13	14,6
55 - 64	14	17,3	24	27,0
65 - 74	22	27,2	15	16,9
>= 75	21	25,9	3	3,4
Não responde	4	4,9	1	1,1
TOTAL	81	100,0	89	100,0
Idade Média	59,3		48,2	
Desvio Padrão	1175.26		874.64	

A diferença de idades médias e predominantes que se verifica entre os utentes de Oftalmologia e Ortopedia, não surpreende, dadas as características das especialidades em análise. A partir dos desvios-padrão, constatamos que a população mais homogénea é a dos utentes que recorreram a Ortopedia e a mais heterogénea é a dos utentes de Oftalmologia.

Podemos verificar que existe predominância de utentes do sexo feminino (63,5 % da população total – ver quadro nº2 em anexo). Todavia, através do quadro nº2, se olharmos isoladamente para os utentes de Ortopedia, podemos verificar que essa desproporção entre

o sexo feminino e o masculino é ligeiramente acentuada (67,4 %), contrariamente ao que se verifica em Oftalmologia onde essa percentagem é um pouco menor (60,5%).

Quadro nº2 - Sexo dos utentes inquiridos, por especialidade

SEXO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA	
	FREQ.	%	FREQ.	%
Feminino	49	60,5	60	67,4
Masculino	32	39,5	29	32,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0

Associada a estas duas variáveis (idade e sexo), podemos analisar a situação face ao trabalho (quadro nº5 em anexo). Com efeito, grande parte dos utentes pertencentes à amostra são reformados (42,9%), sendo em Oftalmologia que se detecta a maior percentagem (54,3%). Por sua vez, em Ortopedia é onde se regista um maior numero de utentes respondentes empregados (29,2%) e de desempregados (11,2%), igualmente significativa, se comparada com Oftalmologia cuja percentagem de desempregados é de 3,7%.

Quadro n.º 3 - Grau de instrução dos utentes inquiridos, por especialidade.

GRAU DE INSTRUÇÃO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Não sabe ler nem escrever	21	25,9	8	9,0	29	17,1
Ensino Básico Primário	44	54,3	39	43,8	83	48,8
Ensino Básico Preparatório	4	4,9	11	12,4	15	8,8
Ensino Secundário Unificado	6	7,4	14	15,7	20	11,8
Ensino Secundário Complementar	3	3,7	12	13,5	15	8,8
Curso Médio	0	0,0	2	2,2	2	1,2
Curso Superior	2	2,5	2	2,2	4	2,4
Não Responde	1	1,2	1	1,1	2	1,2
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

No que diz respeito ao grau de instrução, verificamos pelo quadro seguinte que cerca de 49% do total dos utentes completou apenas o Ensino Básico Primário (3 ou 4 anos de escolaridade) o que, infelizmente, se enquadra nos dados anteriormente apresentados na tabela nº5 e que respeitam a estudos recentes. No caso de Oftalmologia, a percentagem de utentes que não sabe ler nem escrever é bastante significativa (25,9%).

Em relação ao estado civil, 70,6% dos utentes são casados ou vivem em união de facto, 13,5% são viúvos, 12,4% são solteiros e 3,5% são divorciados ou separados (quadro nº7 em anexo). Verifica-se alguma homogeneidade entre as duas especialidades, nomeadamente ao nível da percentagem de casados que corresponde a 69,1% em Oftalmologia e 71,9% em Ortopedia.

Em relação ao rendimento mensal liquido do agregado familiar, verificamos que 31,8% dispõe de menos de 300 euros, o que de certa forma justifica o baixo nível de escolaridade e o elevado numero de reformados da amostra. No entanto, em Ortopedia cerca de 35% dos utentes que utilizaram esta consulta, auferem um rendimento mensal liquido entre 300 e 750 euros (quadro nº8 em anexo).

**Quadro nº4 – Concelho de Residência dos utentes, por especialidade e distância ao Barreiro.**

RESIDÊNCIA	Km	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
		FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Alcochete	37	3	3,7	2	2,2	5	2,9
Barreiro	-	45	55,6	44	49,4	89	52,4
Moita	10	25	30,9	27	30,3	52	30,6
Montijo	32	5	6,2	12	13,5	17	10,0
Almada	33	0	0,0	1	1,1	1	0,6
Lisboa	45	0	0,0	1	1,1	1	0,6
Palmela	29	1	1,2	1	1,1	2	1,2
Seixal	26	1	1,2	0	0,0	1	0,6
Setúbal	40	1	1,2	0	0,0	1	0,6
Cascais	68	0	0,0	1	1,1	1	0,6
<b>TOTAL</b>	-	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>	<b>170</b>	<b>100,0</b>

Em relação à distribuição geográfica, constata-se que os utentes da nossa amostra se localizam, essencialmente nos concelhos de Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete ( 52,4%, 30,6%, 10% e 2,9% respectivamente), representando estes 55,6%, 30,9%, 6,2% e 3,7% na Oftalmologia e 49,4%, 30,3%, 13,5% e 2,2% na Ortopedia. Os restantes utentes, embora não pertencentes à área de influência do Hospital, são oriundos de concelhos limítrofes, não se deslocando além dos 68 Km.

3.3.2. Acesso aos cuidados

No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde, podemos verificar que existem algumas diferenças entre as duas especialidades em questão.

Em relação ao envio à consulta, notamos que 56,8% dos utentes são enviados para a consulta de Oftalmologia pelo Centro de Saúde ou um outro serviço do Hospital ( 32,1%). Já em Ortopedia, a maioria dos utentes (56,2%), vem referenciado por um serviço do hospital, designadamente serviço de urgência dado o elevado numero de acidentes que ocorrem, também se verifica uma percentagem significativa (11,2%) de utentes referenciada por um médico particular .

Quadro n.º 5 – Forma como o utente veio referenciado para a consulta, na primeira vez

REFERENCIADO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Centro de Saúde	46	56,8	22	24,7	68	40,0
Um serviço do Hospital	26	32,1	50	56,2	76	44,7
Um outro hospital	2	2,5	7	7,9	9	5,3
Um médico particular	7	8,6	10	11,2	17	10,0
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Basicamente, as diferenças encontradas no que toca ao envio à consulta, poderão relacionar-se não só com o tipo de especialidades em análise, mas também com a forma como os utentes descrevem o motivo pelo qual sentiram necessidade desta consulta. Mais uma vez, se notam discrepâncias entre os motivos invocados pelos utentes de cada uma das especialidades.

A consulta de Oftalmologia é utilizada essencialmente por doença ( 91,4 %). Isto coaduna-se com a forma como o utente veio referenciado para a consulta, pois é normal que as pessoas comecem a recorrer ao seu médico família quando sentem “ausência de saúde”, ou mesmo doença e este, depois de fazer um breve diagnóstico da situação, os envia para o médico especialista (ver quadro nº10 em anexo).

Este é um aspecto positivo do sistema, pois esta triagem efectuada pelo médico de clínica geral, permite que os envios para as consultas de especialidade sejam já mais orientados e referenciados, evitando assim sobrecargas desnecessárias que só contribuem para o aparecimento indesejado de listas de espera.

Na consulta de Ortopedia, verificamos que 87,6% dos utentes a utilizam na sequência de algum acidente, o que explica o elevado numero de utentes enviado por outros serviços do hospital.

Pela análise do quadro nº11 em anexo, podemos ainda concluir que um pequeno numero de utentes refere ser a primeira vez, que se deslocou ao hospital para ser observado nas consultas em estudo.

3.3.3. Análise da satisfação dos utentes

3.3.3.1. Análise da satisfação dos utentes em relação ao acesso aos cuidados

Para podermos avaliar a satisfação dos utentes em relação ao acesso aos cuidados de saúde, foram colocadas questões relacionadas com estes aspectos, nomeadamente, respeitantes à marcação de consulta, respectivos procedimentos e tempos de espera até que a mesma ocorra.

Quadro n.º 6 - Como o utente procedeu para marcar a consulta

MARCAÇÃO DE CONSULTA	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Deslocou-se ao Hospital	11	13,6	16	18,0	27	15,9
Foi marcada pelo Centro de Saúde	17	21,0	13	14,6	30	17,6
Foi marcada pelo Hospital	53	65,4	60	67,4	113	66,5
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Em relação à marcação de consulta, podemos observar os resultados obtidos no quadro anterior, e concluir que existe facilidade na forma como são marcadas as consultas, dado que tanto numa especialidade como na outra, é o Hospital (66,5%) ou Centro de Saúde (17,6%) que procede à marcação da mesma.

Quadro n.º 7 - Tempo de espera para a realização da consulta

TEMPO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Menos de 1 semana	1	1,2	0	0,0	1	0,6
Entre 1 semana a 1 mês	29	35,8	44	49,4	73	42,9
Entre 1 mês e 6 meses	27	33,3	23	25,8	50	29,4
Entre 6 meses a 1 ano	10	12,3	3	3,4	13	7,6
Entre 1 a 2 anos	7	8,6	4	4,5	11	6,5
Mais de 2 anos	4	4,9	1	1,1	5	2,9
Não estava marcada	3	3,7	14	15,7	17	10,0
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quanto ao tempo de espera para a realização da consulta ainda se verificam situações de utentes que esperam por uma consulta mais de 2 anos. No entanto, a maior parte dos utentes espera entre uma semana a um mês, em Oftalmologia 35,8% e em Ortopedia 49,4% respectivamente. Quando o tempo de espera é longo, é normal verificarem-se situações de agravamento da doença, forçando os doentes a utilizarem alternativas. Pela análise do quadro nº15 em anexo, constatamos que 71,2% dos utentes inquiridos não tiveram qualquer problema, mas em Ortopedia, 11,2% dos utentes deslocaram-se ao serviço de urgência e 12,4% foram pessoalmente falar com o médico antes da data da consulta. Na especialidade de Oftalmologia, há um registo de 16% de utentes que utilizaram o serviço de urgência antes da data da consulta, e um utente inclusivamente foi a outro hospital.

Dadas as características dos utentes destas especialidades, verifica-se necessidade de virem acompanhados (54,1%), por uma outra pessoa à consulta (quadro nº16 em anexo). Estas pessoas, de um modo geral não pediram qualquer informação (35,9%), mas quando o solicitaram, foram razoavelmente informados (30,4%) (ver quadro nº17 em anexo).

Relativamente ao atendimento administrativo (quadros nº11, 12 e 13 em anexo), verifica-se uma satisfação por parte do utente comprovada pelas suas apreciações, designadamente quando consideram:

- atendimento rápido (80,6%);
- funcionária simpática (82,4%); todavia em Ortopedia existem 21,3% que referem um comportamento indiferente;
- trabalho eficiente (85,3%), mas deixando transparecer alguma desorganização, em Oftalmologia (7,4%) e Ortopedia (20,2%).

Em relação ao tempo de espera para o utente ser visto pelo médico no próprio dia da consulta, podemos concluir que as expectativas dos utentes (quadro nº8), não correspondem

ao que na realidade se verifica (quadro nº9). Pela análise dos quadros seguintes, concluímos que existe um comportamento muito semelhante nas duas especialidades em estudo, sendo que 45,3% dos utentes, consideram o tempo que permanecem à espera, muito longo, em muitas das situações num corredor (41,8%) conforme dados registados no quadro nº14 em anexo. Esse tempo é facilmente justificado pelo numero de horas que o utente permanece à espera , que em 44,7% dos casos, poderá ir a um período de 4 horas (quadro nº9).

Quadro nº8 - Tempo que utente achou que ia ter de esperar pelo médico

TEMPO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Imediatamente	3	3,7	5	5,6	8	4,7
Esperar 15 minutos	12	14,8	9	10,1	21	12,4
Esperar 30 minutos	19	23,5	19	21,3	38	22,4
Esperar 1 hora	33	40,7	40	44,9	73	42,9
Esperar mais de 2 horas	14	17,3	16	18,0	30	17,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº9 - Tempo que passou até o utente ser visto pelo médico

TEMPO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Imediatamente, logo que cheguei	3	3,7	2	2,2	5	2,9
Em menos de 30 minutos	6	7,4	5	5,6	11	6,5
Entre 30 minutos a 1 hora	9	11,1	19	21,3	28	16,5
Entre 1 a 2 horas	22	27,2	12	13,5	34	20,0
Entre 2 a 4 horas	37	45,7	39	43,8	76	44,7
Entre 4 a 6 horas	4	4,9	12	13,5	16	9,4
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº10 – A percepção que o utente teve do tempo que esteve à espera

TEMPO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Não tive que esperar	3	3,7	2	2,2	5	2,9
Aceitável	13	16,0	14	15,7	27	15,9
Longo	30	37,0	31	34,8	61	35,9
Muito Longo	35	43,2	42	47,2	77	45,3
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0



Enquanto esperavam pela consulta, 66 utentes referiram estar a sofrer muito, no entanto, conseguiram manter a calma (81,8%), excepção para 24 utentes que recorreram à consulta de Ortopedia que se encontravam ansiosos e já sem calma, inclusivamente um utente referiu sentir-se a desmaiar. Situação idêntica registou-se em Oftalmologia onde 7 utentes dizem igualmente ter perdido a calma (quadros nº17, 18 e 19 em anexo).

No que se refere às informações dadas aos utentes relativamente às demoras no atendimento, 82,9% dos utentes inquiridos não obtiveram qualquer informação (quadro nº 15 e 20 em anexo), alguns dos quais, tiveram inclusivamente a sensação de que estariam esquecidos, uma vez que todos os doentes têm a marcação da consulta para a mesma hora, e é difícil perceber qual o critério pelo qual são atendidos.

**Quadro nº11** – Sentimento do utente relativamente aos tempos de espera desta consulta.

SENTIMENTO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Satisfeito	12	14,8	15	16,9	27	15,9
Indiferente	22	27,2	41	46,1	63	37,1
Insatisfeito	45	55,6	28	31,5	73	42,9
Não sabe/não responde	2	2,5	5	5,6	7	4,1
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>	<b>170</b>	<b>100,0</b>

Analisando os resultados que se encontram no quadro nº11 com maior pormenor, poder-se-à verificar que em qualquer das especialidades, a insatisfação com o tempo de espera é demasiado evidente, em Oftalmologia esse valor representa 55,6% dos utentes inquiridos, e em Ortopedia a percentagem é um pouco menor (31,5%), mas de igual modo significativa (ver quadro nº29). É de salientar, como aspecto negativo, que foram os tempos de espera que alcançaram valores mais elevados de insatisfação, em relação à globalidade do questionário.

### **3.3.3.2. Análise da satisfação dos utentes em relação às amenidades**

As amenidades, como componentes da prestação de cuidados de saúde, são todo o tipo de atributos que podem contribuir para diminuir o desconforto ou a adversidade de um meio que nos é estranho. Por se tratarem de consultas em regime ambulatorio, consideram-se neste tópico as condições da sala de espera e sala de consulta.

Através dos quadros n.º12 e 13 seguintes, e quadros nº 27 ao nº31 em anexo, podemos verificar que existem algumas divergências entre os utentes das duas especialidades.

No que respeita ao acesso ao bar, as divergências não são muito acentuadas. A maioria dos utentes estão insatisfeitos. Os resultados mais dispares são os dos utentes de Oftalmologia, onde temos 40,7% de utentes satisfeitos.

É ainda de frisar que, neste grupo de respondentes, apesar da taxa de resposta ser de 100%, há 28,8% de “respostas neutras”, sendo esta percentagem superior no serviço de Ortopedia (37,1%).

Relativamente à possibilidade de utilizar o telefone, verificam-se 51,2% de “respostas neutras”, no entanto, podemos afirmar que a possibilidade existe, e o numero de utentes satisfeitos, é superior ao de utentes insatisfeitos, chegando em Oftalmologia a percentagem de utentes satisfeitos atingir os 38,3%.

A limpeza do serviço não levanta problemas. Temos um total de 78,8% de utentes satisfeitos, contra 4,1 % de insatisfeitos. Apenas um utente de Ortopedia se considera muito insatisfeito, contrariamente a 11, que se consideram muito satisfeitos com a limpeza. Em Oftalmologia, podemos afirmar que a maioria dos utentes se encontra satisfeito em termos de limpeza , uma vez que só três utentes dizem estar insatisfeitos.

Quadro n.º 12 - Condições da sala de espera no serviço de Consultas Externas

SALA DE ESPERA	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	2	2,5	3	3,4	5	2,9
Satisfeito	14	17,3	25	28,1	39	22,9
Não sei	1	1,2	3	3,4	4	2,4
Insatisfeito	34	42,0	35	39,3	69	40,6
Muito Insatisfeito	30	37,0	23	25,8	53	31,2
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Considerando os aspectos relacionados ao conforto da sala de espera, também aqui as divergências não são muito acentuadas. A maioria dos utentes encontra-se insatisfeito, inclusivamente 31,2% muito insatisfeitos.

Cento e um inquiridos (59,4%) encontram-se satisfeitos com as condições da sala de consulta, mas 53 (31,2%) dizem-se insatisfeitos com questões ligadas ao conforto, privacidade, localização e aspecto geral. No entanto, o serviço de Oftalmologia apresenta um maior numero de utentes insatisfeitos e inclusivamente de muito insatisfeitos se comparado com o serviço de Ortopedia.

Quadro n.º 13 - Condições da sala de consulta no serviço de Consultas Externas

SALA DE CONSULTA	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	3	3,7	3	3,4	6	3,5
Satisfeito	39	48,1	62	69,7	101	59,4
Não sei	2	2,5	2	2,2	4	2,4
Insatisfeito	32	39,5	21	23,6	53	31,2
Muito Insatisfeito	5	6,2	1	1,1	6	3,5
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Relativamente ao equipamento, a percentagem de utentes satisfeitos (51,2%) e muito satisfeitos (4,1%), prevalece face aos 13 utentes que se encontram insatisfeitos. Aqui

verifica-se alguma semelhança nas respostas dadas pelos utentes das duas especialidades, inclusive o numero de “respostas neutras” que em termos globais ascende a 35,9%.

Especificando aspectos referentes não só à limpeza, mas também ao acesso às instalações sanitárias verificamos que existe uma percentagem significativa de utentes (35,9%) que não utiliza estas instalações. De referir que o numero de utentes satisfeitos é superior ao de insatisfeitos em ambas as especialidades. Em Oftalmologia apesar de também se verificar essa tendência, verificamos que se considerarmos a totalidade de utentes satisfeitos e muito satisfeitos (29), em oposição aos utentes insatisfeitos e muito insatisfeitos (31), constatamos que existe uma insatisfação dos utentes deste serviço relativamente a este factor.

#### **3.3.3.3. Análise da satisfação dos utentes em relação aos cuidados prestados**

Na análise das dimensões clinicas dos cuidados prestados, procurámos avaliar a observação efectuada pelo médico tendo como referência entre outros, o tempo de duração da consulta, as informações dadas pelo médico em termos de clareza, a empatia médico/utente, a avaliar pela disponibilidade do médico, pelo envolvimento do utente no processo e pela observação médica, e ainda, a confiança sentida pelo utente em relação ao médico.

Relativamente à observação feita pelo médico, podemos concluir que em termos globais os utentes se encontram satisfeitos ( ver quadros nº32 ao n.º 36 em anexo), dado que 86,5% dos utentes inquiridos, consideram que a observação que lhes foi efectuada pelo médico foi cuidadosa. De salientar no entanto, alguns aspectos menos positivos quando 55,3% dos utentes referem que durante a observação, o médico se limitou a ouvir as suas queixas.

Também a “falta de privacidade” apontada por 54,3% dos doentes de Oftalmologia, é um factor que contraria os direitos dos cidadãos que recorrem aos serviços de saúde. A confiança dos utentes no médico apresenta valores muito elevados (93,8% em Oftalmologia e 91% em Ortopedia ), o que revela uma grande satisfação por parte dos utentes. Em relação ao tempo que demora a observação efectuada pelo médico em termos globais é satisfatória (56,5%). No entanto, os utentes de Ortopedia consideram que a observação dura pouco tempo (52,8%).

A duração da consulta pode condicionar a quantidade e/ou qualidade dos esclarecimentos e informações dadas pelo médico. Todavia, 149 utentes afirmam que o esclarecimento dado pelo médico durante a consulta foi claro, inclusivamente nas consultas de Ortopedia onde esse numero representa 86,5% dos utentes.

No que respeita à disponibilidade demonstrada pelo médico (quadro nº 35.7), verifica-se que em ambas as especialidades foi manifestado aos utentes a possibilidade de voltarem sempre que necessário (68,2%).

Dos 170 utentes inquiridos apenas 30, desconhecem o nome do médico que os observou, no entanto, 15 utentes consideram o médico indiferente e 12 mesmo antipático, mas 84,1% reconhecem a simpatia do prestador de serviços.

Em relação aos resultados da consulta, verificamos que apenas 2,9% dos utentes teve alta do serviço de consultas, não voltando ao hospital devido ao motivo que as levou a esta consulta.

De salientar 12,4% dos doentes de Ortopedia que foram enviados ao médico de família, esta percentagem, poderá eventualmente representar as *situações de utentes que indevidamente se dirigem ao serviço de Ortopedia por problemas de reumático*, o que agrava o numero de doentes a serem atendidos e a lista de espera.

Pela análise dos quadros n.º 42 e n.º43 podemos constatar que só uma pequena percentagem de utentes (7,1% e 10,6%) foi enviada para internamento ou outra consulta da especialidade. No que se refere a pedidos de realização de exames, verificamos que foi solicitado à maioria dos utentes (60%) a realização dos mesmos, designadamente 74,2% no caso dos utentes de Ortopedia. Em oftalmologia a percentagem é menor (44,4%), mas que também se justifica pelo facto de serem efectuados no próprio serviço, e se necessário no próprio dia da consulta.

**Quadro nº14 - Como o utente qualifica o serviço que lhe foi prestado**

SERVIÇO PRESTADO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Mau	2	2,5	0	0,0	2	1,2
Mediocre	1	1,2	5	5,6	6	3,5
Razoável	24	29,6	29	32,6	53	31,2
Bom	46	56,8	42	47,2	88	51,8
Muito Bom	8	9,9	13	14,6	21	12,4
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Para terminar a nossa abordagem, pareceu-nos pertinente tentar analisar qual a percepção que os utentes ficaram da qualidade do serviço que lhe foi prestado. Daqui concluímos que apesar de existir 31,2% dos utentes que consideram o serviço prestado razoável, a percentagem de utentes satisfeitos em ambas as especialidades, encontra-se acima dos 50%, se considerarmos aqueles que consideram o serviço prestado como bom e muito bom. Saliente-se que não há nenhum utente de Ortopedia a considerar o serviço que lhe foi prestado como mau, embora 5 o considerem mediocre. Em Oftalmologia apesar de só existir um utente a classificar os serviços prestados como medíocre, existem 2 que o consideram mau (quadro nº14). Isto leva-nos a concluir, que de facto existe uma satisfação por parte dos utentes que utilizam os serviços de Oftalmologia e Ortopedia, relativamente aos cuidados que lhes foram prestados pelo médico.

### **3.3.3.4. Conclusões e recomendações**

#### **3.3.3.4.1. Conclusões**

A satisfação dos utentes é hoje um imperativo que se impõe numa era, onde a informação está cada vez mais acessível a todos os níveis e em todas as áreas, e onde o nível educacional da população também está a aumentar, o relacionamento passivo do utente, relativamente ao seu tratamento, necessariamente mudará para uma forma cada vez mais participada, a todos os níveis e com níveis de exigências mais elevadas, quer se queira quer não.

Os resultados desta pesquisa demonstram que estas ultimas tendências relativas aos utentes, de mais informação e melhor qualidade dos serviços, quer administrativos quer clínicos com predominância para os primeiros<sup>63</sup>, já são uma realidade.

Relativamente à opinião dos intervenientes internos face aos externos, e tendo em conta os diversos perfis apresentados, pensamos que existe uma aceitável coincidência entre a opinião dos primeiros e a dos segundos, embora a realização de acções de divulgação do “estado e funcionamento do serviço de consultas externas” fosse benéfica, para uma maior consciencialização, entrosamento e conhecimento quer dos problemas que afectam os utentes, quer dos problemas e particularidades de cada grupo interno, que se revelam algo fechados entre si. De facto, a intercomunicação entre serviços foi referida maioritariamente de forma pouco satisfatória, sendo talvez esta, uma das razões para a forma pouco satisfatória como são aproveitados os recursos, como foi referido nas entrevistas.

O conflito entre profissionais de saúde e administrações determinada pela existência de diferentes objectivos e prioridades, e pelo pequeno senão inexistente, peso dos utentes no

---

<sup>63</sup> Ver quadro nº15 em anexo.

estabelecimento de estratégias e objectivos do hospital, contribui para a manutenção de certos vícios instalados e para o atrasar da viragem do hospital para o utente.

Com respeito aos problemas referidos pelos utentes, os maiores centram-se ao nível do processo administrativo inerentes à realização de uma consulta externa, sendo os tempos de espera, os mais apontados.

Não gostaríamos de acabar sem manifestar o nosso acordo com a opinião dos inquiridos, na questão “ opinião geral” sobre o hospital.<sup>64</sup> De facto, achamos até que na globalidade, o hospital merece nota satisfatória. Apesar de alguns pontos menos satisfatórios, pensamos que o trabalho que está a ser efectuado é bastante bom, faltando talvez uma mudança de mentalidade para acompanhar as mais recentes evoluções quer na área da saúde quer na área social.

#### **3.3.3.4.2. Recomendações**

Conscientes de que o público interno assume aqui um papel essencial e determinante na satisfação dos outros públicos, são propostas acções específicas tendo em vista a sua própria satisfação e visando estimular sentimentos de pertença, sentido de missão e de serviço. Acreditamos que profissionais mais satisfeitos e melhor integrados produzirão serviços de melhor qualidade. Logo teremos utentes mais satisfeitos.

- acções de formação (orientadas para estimular nos diversos profissionais um sentido de missão orientado para a prestação de serviço);

---

<sup>64</sup> Ver quadros nº47 ao nº56 em anexo.



- Prémio para a *melhor sugestão do trimestre*, vinda de colaboradores (com o que se procura estimular sentimentos de pertença e de empenho em relação à melhoria do serviço);

Relativamente aos problemas referidos pelos utentes, como anteriormente já referido, os maiores centram-se ao nível dos tempos de espera. Com respeito a estes, e desde já ressaltando algum desconhecimento face a alguns possíveis impedimentos (considerando o tempo despendido e a área analisada do hospital neste trabalho), sugerimos despretensiosamente, as seguintes acções:

- *Redução do tempo de espera por uma consulta*
  - Redução do tempo de altas, incentivando os médicos com base em estatísticas. Para isso, será necessário a implementação de um sistema de seguimento do tempo que cada paciente está no sistema, de modo a saber com exactidão quer o tempo médio, quer o tempo dos piores casos.
  - Aumento do numero de doentes de cada bloco horário. Isto considerando que existe capacidade para aumentar o número de utentes por bloco horário, uma vez que as desmarcações devido às faltas dos médicos, conduzem a um aumento do número de utentes noutros blocos (não sendo esta uma situação rara).
  - Aumentar o numero de médicos, dado ser bastante elevado o rácio numero de utentes por cada médico.
- *Redução do tempo para ser atendido no guichet*
  - Retirar as marcações de segundas consultas, pela marcação directa do médico, na sua agenda. A implementação de um sistema informático, quer para marcação quer para escrita dos processos clínicos, em suporte informático, acabando com algumas

queixas de troca e perda de processos como a libertação de recursos humanos para serviços directos aos utentes (por exemplo para disponibilizar mais informação);

- Abertura de guichets prioritários para certo tipo de utentes, por exemplo, diabéticos e grávidas , embora estas últimas tenham prioridade no atendimento.
- Abertura de caixas de pagamento automático, apenas para pagamento de serviços internos como por exemplo, as taxas moderadoras.
- *Redução do tempo de espera para ser atendido pelo médico*
  - Marcação de consultas, faseadas no tempo, por bloco horário. Para além desta marcação, divulgar pelos utentes esta modalidade, e mostrar através de mais informação e cumprimento interno dos horários, que não vale a pena vir mais cedo.
  - Cumprimento do horário por parte dos médicos.
  - Solicitar aos directores de serviço que definam com as suas equipas, o tempo médio de cada consulta, por especialidade, para se poderem marcar consultas, consoante esse tempo e os utentes possam ser convocados, escalonadamente e à hora prevista da consulta.

Relativamente a outros problemas, sugere-se o seguinte:

- Acesso ao Hospital

Estabelecer um caminho seguro e desimpedido para os utentes que se desloquem a pé, impedindo o estacionamento de carros nesse trajecto e melhorando-o nalguns pontos, nomeadamente no atravessamento de partes relvadas (aumentando a superfície empedrada, e colocando pinos nos passeios) e de estrada (com bandas sonoras e pintura de “zebras” para atravessamento de peões).

- Sinalização e Informação ao longo do trajecto.
  - Por um lado cortar os arbustos que tapam as placas, e por outro impedir o estacionamento de automóveis em frente às placas ou aumentando a sua altura.
  - Colocar cartazes com os horários das consultas e normas de organização e funcionamento.
  - Painel informativo com sala, especialidade, médico e horário.
  - Designação da especialidade nas portas dos gabinetes de consulta.
- Sala de Espera
  - Melhorar o sistema de chamada, considerando quer o sistema sonoro como as condições acústicas do ambiente.
  - Instalar um televisor, onde para além de programas dos diferentes canais, possam ser passados vídeos com instruções e normas de funcionamento do Hospital, programas educativos e de promoção da saúde.
- Corredor de espera
  - Reduzir o número de pessoas que esperam para entrar no gabinete, especialmente considerando que a distancia entre a sala de espera e os gabinetes, é pequena. Isto pode ser conseguido, reduzindo o numero de utentes que esperam, para um (eventualmente com mais um acompanhante) e melhorando o processo de controlo e chamada de doentes para os gabinetes.

Por fim, talvez a maior alteração, inevitável a prazo e com profundas alterações a nível dos aspectos organizacionais do hospital e da mentalidade e costumes do seu pessoal, tem a ver com outra grande tendência nesta área, que é a viragem do hospital para os utentes, que está relacionada com a pergunta que inicialmente colocamos neste estudo, e que achamos, que não se verifica no hospital, pelo menos com a intensidade que julgamos necessária.

De facto esta visão de que os serviços prestados estejam desenhados em torno das necessidades e preferências dos utentes, o que pensamos não é o caso, onde a falta de informação aos utentes é um facto (de resto por eles referido nos inquéritos) e os interesses internos prevalecem sobre os mais elementares direitos dos utentes (referimos por exemplo, o cumprimento das datas e horários das consultas marcadas).

A mentalidade de todos os funcionários e a todos os níveis sem excepção, terá que ser modificada, com recurso a mais formação, quer nos aspectos técnicos (melhoramento contínuo, mas sem prejudicar os utentes), quer fundamentalmente, nos aspectos interpessoais de relacionamento e atendimento (humanização dos serviços).

A tradicional mentalidade organizacional, de “esconder” do exterior e até internamente, a informação, também terá de mudar, se quisermos disponibilizar aos utentes, informação credível, atempada e relevante.

## 4. CONCLUSÕES

« Podemos mais que o que julgamos,  
julgamos mais que o que compreendemos,  
compreendemos mais,  
que o que podemos explicar».

Claude Bernard

### 4.1. Conclusões Finais

Numa instituição hospitalar, onde os grupos profissionais são extremamente heterogéneos, é particularmente difícil incutir sentimentos de pertença, espírito de equipa, sentido de missão ou orientação para o serviço ao utente. A missão de uma organização como um hospital, deve ser definida no sentido de servir os interesses dos clientes/utentes, dos colaboradores, dos fornecedores e da comunidade em geral.

No novo sistema de gestão hospitalar, mais orientado para a satisfação dos seus públicos, encontramos uma nova postura, onde decorre uma metodologia própria que, ao serviço dos objectivos definidos no quadro da nova política de saúde para o hospital público, constituirá uma mais-valia no sentido da satisfação de profissionais, utentes e comunidade em geral.

A abordagem da Satisfação dos utentes conduziu-nos a precisar alguns conceitos e simultaneamente apresentar algumas características específicas do sector da saúde, nomeadamente, o contexto legal, sua importância económica e social, os recursos de que dispõe, o seu nível de utilização e os resultados obtidos.

O sector da saúde está a desenvolver um processo dinâmico e participativo conducente ao cumprimento do direito à protecção da saúde dos cidadãos e à satisfação das suas necessidades e expectativas em cuidados de saúde.

Na actual sociedade as situações deixaram de ser rotineiras e passaram a ser tendencialmente mais imprevisíveis, e o conhecimento deixou de ser explícito para passar a ser cada vez mais tácito e volátil.

As rotinas e os formalismos burocráticos que ainda se verificam tenderão a ser assegurados pelas tecnologias, libertando as pessoas para a criatividade, a inovação e, sobretudo para a melhoria da cooperação e do relacionamento.

Ter-se-á que saber compatibilizar a criatividade e a inovação dos funcionários de modo a responder a todos os imprevistos e necessidades que as instituições têm de formalizar, e automatizar processos e procedimentos para garantir eficiência, economia e produtividade.

Situações concretas, como o envelhecimento da população, o aumento e descontrolo dos custos, bem como os avanços tecnológicos, e da própria sociedade (informação e conhecimento), estão a motivar alterações no sector. Como consequência, muitos dos tratamentos antes realizados com internamento, estão a ser prestados em ambulatório. Esta mudança evidente, como o demonstram os números das consultas externas, está a motivar uma nova visão da prestação de serviços. Por outro lado, o comportamento dos utentes está a sofrer alterações, no sentido de uma maior consciencialização dos seus direitos e mais importante ainda, exigindo mais informação e participação no seu próprio tratamento.

Quando o funcionário responde “isso não pertence às minhas funções” ou que “isso não se trata aqui” e com isso, não tenta perceber a globalidade do problema da pessoa que tem à sua frente, está a comportar-se como o charlot nos “tempos modernos”, e a reduzir-se a uma mera peça da engrenagem burocrática. Quando o funcionário tenta perceber o problema, e se dispõe a ajudar a pessoa a alcançar a solução, está a comportar-se como um trabalhador do conhecimento que sabe decidir autonomamente, conhece a sequência dos

processos interdepartamentais e os vários parceiros que contribuem activamente na cadeia de valor.

De facto, a efectiva concretização da satisfação do cidadão implica uma reorganização e modernização administrativa, consubstanciada em profundas alterações ao nível das estruturas, processos e métodos, e com forte suporte nas TIC, enquanto veículo de aceleração da mudança. Para mudar, é preciso inventar constantemente novas vantagens e definir estratégias de sucesso, assentes no melhor conhecimento das necessidades do cidadão e na procura de uma resposta inovadora a essas mesmas necessidades.

Assim, dado o ritmo acelerado de mudança a que hoje assistimos, e em que gerir um serviço é gerir a mudança, torna-se essencial uma actuação de gestão orientada para a satisfação das necessidades e exigências do cidadão, utente dos serviços.

## **4.2. Perspectivas de Futuras Investigações**

Tendo em conta as limitações deste estudo em relação à parte empírica e a continuidade que se pretende dar ao mesmo, apresentamos aqui como perspectivas futuras de continuação deste trabalho, uma análise profunda às preferências e expectativas dos utentes de modo a saber com exactidão o que estes pensam e esperam.

Por outro lado, uma análise ao processo burocrático interno, com o objectivo de reduzir passos, e ou estudar a aplicação de novos meios, como os informáticos, para reduzir os tempos associados à circulação de papel e recursos humanos envolvidos.

Também o estudo das tarefas dos recursos humanos das consultas externas, poderia ser interessante, no sentido da redução das que não estão associadas directamente à prestação de cuidados de saúde, libertando assim tempo para melhorar a qualidade do serviço oferecido.

O estudo preciso dos estrangulamentos do processo, em termos de conhecimento exacto dos tempos de espera, seria outra vertente, para saber quem espera, e exactamente por quanto tempo, em que dias, ou meses, etc.



## Bibliografia

ALBRECHT, Karl, “Revolução nos Serviços”, Ed. Pioneira, São Paulo, 1992.

ANDERSON, Howard J., “*Ambulatory Care Directors Help Hospitals Gear Up for Growth*”, Hospitals, March 20, 1992, pp 52-56.

BANK, John, “Gestão da Qualidade Total”, Ed. Cetop , Oeiras, 1988.

BARBALET, J.M., “A Cidadania”, Ed. Estampa, Lisboa, 1989.

BARBOSA, António, “*Educação para a saúde: Determinação individual ou social?*”, in Revista Critica de Ciências Sociais, 23, Coimbra: CES, pp. 169-184.

BARDIN, Laurence, “Análise de conteúdo”, Ed. Presença, Lisboa

BECKMAN, Thomas J., “The Current State of Knowledge Management Handbook”, CRC Press, USA, 1999

BERRY, Leonard, PARASURAMAN, A, “*Building a New Academic Field – The Case of Services Marketing*”, Journal of Retailing, Spring 69, 1993, pp.13-60.

CAMPOS, António C., “*Normativismo e Incentivos: Contributos da Economia para a Administração da Saúde*”, in Piola, S.F. e Viana, S.M.(Ed.) Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde, IPEA, Brasília, 1995.

CAMPOS, António C., “*Um Serviço Nacional de Saúde em Portugal: Aparência e realidade*”, in Revista Critica de Ciências Sociais, (18,19 e 20), 1986.

CARAPINHEIRO, Graça “*Cenários de estratégias médicas no Hospital*”, in Revista Crítica de Ciências Sociais, 23, Coimbra, 1987, pp. 141-156.

CARAPINHEIRO, Graça “*Médicos e representações da medicina: Humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares*”, in Sociologia - Problemas e Práticas, 9, CIES - Instituto superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 1991, pp. 21-41.

CARAPINHEIRO, Graça, “Saberes e poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares”, Ed. Afrontamento, Porto, 1993.

CARR-HILL, R. A. “ *The measurement of patient satisfaction*”, Journal of Public Health Medicine. Oxford University Press, Vol.14, Oxford, 1992, pp. 236-249.

CASTELLS, Manuel, Mudança tecnológica, reestruturação económica e a nova divisão espacial do trabalho, “Território e Sociedade”, Ed. Afrontamento, Porto, 1985.

CLEARY, P.; McNEIL, B. “*Patient satisfaction as an indicator of quality of care*”, inquiry, Vol.25, Spring 1988.

Constituição da República Portuguesa, Edições Almedina, Coimbra, 1997.

CROZIER, Michel “ A empresa à escuta”, Ed. Instituto Piaget, Lisboa, 1994.

Direcção Geral de Saúde, 1998

Direcção Geral de Saúde, 2001

DRAY, António, “O Desafio da Qualidade na Administração Pública” , Ed. Caminho, 1995.

DOYLE, Peter, “Marketing management and strategy”, Ed. Pretice Hall, New York, 1994.

ECO, Humberto, “Como se faz uma Tese em Ciências Sociais”, Ed. Presença, Lisboa, 1988.

FERREIRA, F. A. Gonçalves, “Sistemas de Saúde e seu funcionamento. Sistemas de cuidados de Saúde no mundo. O caso particular de Portugal”, Fundação Calouste Gulbenkian., Lisboa, 1989.

FERREIRA, J. M. Carvalho, et. al., “*Organização e Controlo*”, colecção Estratégia de Exportação, Vol I, ISEG, Lisboa, 1992.

FERREIRA, J. M. Carvalho, et. al., “Manual de Psicossociologia das Organizações”, Ed. McGraw-Hill, 2001.

FERREIRA, P.L. ; MARQUES, F.B., “*Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde*”, in Revista Crítica de Ciências Sociais, 1991; (33): 93-111.

FERREIRA, P.L.; MARQUES, F.B., “*Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais*”, Faculdade de Economia: Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Coimbra, 1998.

FERREIRA, P.L.; SECO, O.M., “*Algumas estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde*” in Revista Critica de Ciências Sociais, 1993; (37): 159-172

FILL, Chris, “Marketing communications – frameworks, theories and applications”, Ed. Prentice-Hall, London, 1995.

FODDY, William, “Como Perguntar: Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários”, Ed.Celta, Oeiras, 1996.

GATES, Bill - Negócios @ Velocidade do Pensamento – com um sistema nervoso digital, Ed. Temas e Debates, Actividades Editoriais, Lda, 1999.

GIRALDES, Maria Rosário, “*Tendências de Evolução Previsíveis dos Sistemas de Saúde em Países da UE para o Ano 2005*”, *Economia da Saúde*, Jan./Março, vol. 15, nº1, 1997.

GHIGLIONE, Rodolphe e MATALON, Benjamin "O inquérito. Teoria e prática", Ed.Celta, Oeiras, 1992.

GRAÇA, L., “ *Para uma teoria da satisfação dos utentes de serviços de saúde*” , Escola Nacional de Saúde Pública - Cadeira de Ciências Sociais e Humanas , ENSP, Lisboa, 1989-1994 .

GRANDE, Nuno, “*Qualidade na Saúde. Qualidade*”, in *Associação Portuguesa para a Qualidade*, Lisboa, 1995; (2): 5-12.

GREENE, J.WEINBERGER, M., “ *Patients attitudes toward health care : Expectations of primary care in a clinic setting*” , in *Social Science & Medicine*, Vol 30, 1990, pp.811-818.

GRONROOS, Christian, *An applied service marketing theory*, *European Journal of Marketing* 16.7, 1982, pp.30-41.

GRONROOS, Christian, *A service quality model and its marketing implications*, *European Journal of Marketing* 18.4, 1984, pp.36-41.

HAYEK, Friedrich e Law, “*Legislation and Liberty*”, vol. 3 (The political order of a free people), University of Chicago Press, Chicago, 1979, p.140.

INE, Recenseamento da População e da Habitação – Censos 2001, Lisboa, 2002.

JESUINO, Jorge Correia et al. *“Motivações empresariais em Portugal. Uma perspectiva trans-cultural”*, in Revista de Gestão, II-III, Lisboa: GEG- Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

JEFKINS, Frank, *“Public relations techniques”*, Butterworth Heinemann, Great Britain, 1996.

JIMENEZ, Jesus Garcia, *“El Cambio de la Cultura del APP en el año 2000”*, INA, Oeiras, 1999.

JOHN, J. , *“Patient satisfaction: the impact of past experiences”*, Journal of Health Care Marketing, Vol.12, Nº 3 September 1992, pp.56-64.

JOHNSON, James C., WOOD, Donald F., *“Contemporary Logistics”*, Ed. Prentice Hall, 1996.

KOTLER, Philip, *“Marketing para organizações que não visam o lucro”*, Ed. Atlas, São Paulo, 1988

KOTLER, Philip et al, *“Principles of marketing”*, The European Edition, Prentice Hall London, 1996.

KOVÁCS, Ilona, *“Introdução de novas tecnologias e gestão participativa”*, in Organizações e Trabalho, 1, APSIOT, Lisboa, 1989, pp. 53-72.

KOVÁCS, Ilona, *“Concepção e implementação de um modelo organizacional flexível”*, in Organizações e Trabalho, 3/4, APSIOT, Lisboa, 1990, pp.33-49.

KOVÁCS, Ilona, *“ Novas tecnologias, recursos humanos, organizações e competitividade”*, in Sistemas flexíveis de produção e reorganização do trabalho, CESO I&D - PEDIP., Lisboa, 1992

KOVÁCS, Ilona, MONIZ, António Brandão e CERDEIRA, M.ª Conceição, “*Mudança Tecnológica e Organizacional do Trabalho na Indústria Portuguesa*”, Lisboa, 1992.

KOVÁCS, Ilona, “*Sistemas antropocêntricos de produção*”, SOCIUS - Instituto Superior de Economia e Gestão, Working Papers n.º 6/93, Lisboa, 1993.

KOVÁCS, Ilona; CARVALHO FERREIRA, J.M. e SANTOS, Maria João, “*Mudança Tecnológica e Organizacional - Análise de tendências na indústria*”, SOCIUS - Instituto Superior de Economia e Gestão, Working Papers n.º 2/94, Lisboa, 1994.

LE GRAND, Julian “*Equidade, saúde e cuidados de saúde*”, in Revista Portuguesa de Saúde Pública, 13, Lisboa, 1989, pp. 5-15.

LEMOS, Maximiano "História da medicina em Portugal. Doutrinas e Instituições", Ed. Dom Quixote/Ordem dos Médicos. Lisboa, 1991.

LENDREVIE, Jaques et al, Mercator, “ Teoria e prática do marketing”, Ed. Dom Quixote, Lisboa, 1998.

LINDER-PELZ, S. “*Toward a theory of patient satisfaction*”, in Social Science & Medicine, Vol 16, 1982, pp.577-582.

LINDER-PELZ, S. “*Social psychological determinants of patients satisfaction: A test of five hypotheses*”, in Social Science & Medicine”, Vol 16, 1982, pp.583-589.

LOPES, O., “*Planeamento em Saúde: Para a História da evolução das Estruturas de Saúde em Portuga.*”, in Revista Critica de Ciências Sociais, 1987; (23): 99-114.

LUCAS, J.S., “*Avaliar para garantir a eficácia do sistema de saúde*”, in Revista Portuguesa de Saúde Pública, 1984; (3): 38-47.

Ministério da Saúde, 1999.

NORONHA FILHO, G., “*O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços*”, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 8, 1990, pp. 59-64

OBEROI, Usha; HALES, Colin, “*Assessing the quality of the conference hotel service product: towards an empirical based model*”, *The Service Industries Journal*, 1990. pp. 700-721.

OCDE, 1997

OCDE, Health, 2002

PETERS, Tom, “O círculo da inovação”, Ed. Bertrand, Lisboa, 1997.

PEYROT, M et. al, “*Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services*”, *Journal of Health Care Marketing*, Winter 1993, pp.24 –33.

PICHAULT, François, “*Le conflit informatique: Gérer les ressources humaines dans le changement technologique*”, Ed. Universitaires, De Boeck Université, Bruxelles, 1990.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van, “*Manual de investigação em ciências sociais*”, Ed. Gradiva, Lisboa, 1992

RANDALL, Lyn; SENIOR, Martin, “*A model for achieving quality in hospital hotel services*”, *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, vol.6, University Press Limited, 1994, pp. 68-74.

RATHHEMELL, John, “*What is meant by service?*”, Journal of Marketing, vol.30, Oct. 1996, pp32-36.

Relatório da Comissão para a Qualidade e Racionalização da Administração Pública: Renovar a Administração, 1994.

Relatório das Contas Globais de 2000 do Departamento de Gestão Financeira da Saúde - Instituto de Gestão Financeira da Saúde, 2001.

Relatório Mensal SAER, “*As Tendências Longas (As várias Globalizações)*” – n.º 10, vol. II, Jan. 2000.

RENWICK, P. A., “*Quality assurance in health care: the theoretical context*”, International Journal of Health Care Quality Assurance, vol.5, 1992, pp. 29-34.

ROBIN, François e ROBIN, Nicole “*A dimensão do poder médico*”, in O poder médico, Sociocultur, Lisboa, 1978, pp.11-25.

ROSENBERG, Marc J., e-learning, Strategies for Delivering Knowledge in the Digital Age, Ed. McGraw-Hill, USA, 2001

RUTLEDGE, R. W.; NASCIMENTO, P., “*Satisfaction with HMOs: accessibility issues top list for patients in commercial groups*”, Journal of Health Care Marketing, Vol 16, 1996, pp. 22-27.

SANTOS, Boaventura Sousa, “*O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: O caso das Políticas de Saúde*”, In Revista Crítica de Ciências Sociais, 1987; (23): 13-74.

SANTOS, Boaventura Sousa, “*Pela Mão de Alice: O Social e o Político na Pós-Modernidade*”, Ed. Afrontamento, Porto, 1994.



SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira, "Metodologia das ciências sociais", Ed. Afrontamento, Porto, 1986.

SISK, J. E., et. al. " *Evaluation of Medicaid Managed Care: Satisfaction, access and use*"  
Jama, vol. 276, July, 1996, pp.50-55.

STANIFORTH, Derek, "The development of the theory of the Learning Organization in the public services", Ed. Gower Publishing Limited, England, 1998.

STONER, James, "Administração", Ed. Prentice/Hall do Brasil, 1985

TAYLOR, S.A. , " *Distinguishing service quality from patient satisfaction in developing health care marketing strategies*", Hospital and Health Services Administration, Vol. 39, 1994, pp.221-236.

TICHY, Noel M. , "The Leadership Engine", Ed. Harper Business, 1999.

TURNER, P. D.; POL, L. G. " *Beyond Patient Satisfaction: broaden the scope of quality measurement by integrating the marketing view with other perspectives*", Journal of Health Care Marketing, Vol. 15 , 1995, pp. 45-53.

VALA, Jorge et al. " *Cultura organizacional: uma abordagem psicossociológica*", in A Sociologia e a Sociedade Portuguesa na Viragem do Século, vol.II, Ed. Fragmentos Lisboa, 1990, pp.63-74.

VALA, Jorge et al. " Psicologia das organizações", Ed. Celta, Oeiras, 1994.

VUORI, H.V., " *Quality Assurance of Health Services*", World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1982.

WILKIN, D.; HALLAM, L.; DOGGETT, M.A.; Miranda, A. M.C., et. al., trad.: Imperatori, E., rev. – *Medidas de necessidade e resultado em cuidados de saúde primários*. Lisboa, 1994.

WILLIAMS, B., “*Patient satisfaction: a valid concept?*”, in *Social Science & Medicine*, Vol 38, 1994, pp. 509-516.

## **Legislação**

Decreto-Lei n.º 48357/68 de 27 de Abril – Aprova Estatuto Hospitalar

Decreto-Lei n.º 48358/68 de 27 de Abril - Aprova Regulamento Geral dos Hospitais, alterado Decreto Regulamentar nº20/2002 de 22 de Março

Decreto-Lei n.º 19/88 de 21 de Janeiro – Lei de Gestão Hospitalar

Decreto Lei nº11/93 de 15 de Janeiro – Estatuto do Serviço Nacional de Saúde

Despacho do Ministro da Saúde – publicado no D.R.II Série n.º 218, de 20.09.95

Lei n.º 2011/46 de 2 de Abril – Lei de Organização Hospitalar

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde

# **ANEXOS**

**Anexo I - Carta de apresentação e solicitação ao Conselho de Administração do HNSR para desenvolver o estudo naquela instituição.**

**Ex.mo Sr. Director  
do Hospital Nossa Senhora do Rosário  
- Barreiro -**

**Assunto:** Mestrado em Sociologia Económica e das Organizações da Universidade  
Técnica de Lisboa – Instituto Superior de Economia e Gestão

No âmbito do Mestrado em Sociologia Económica e das Organizações da Universidade Técnica de Lisboa – Instituto Superior de Economia e Gestão, está-se a desenvolver um estudo sobre a satisfação dos utentes das consultas externas. Na qualidade de mestranda e responsável pelo referido estudo, venho solicitar a V. Ex.a. autorização para proceder à aplicação de um questionário aos utentes das consultas externas de Ortopedia e Oftalmologia do Hospital Nossa Senhora do Rosário.

Dado que este trabalho também pode ser útil para o desenvolvimento de novas estratégias, que possibilitem a melhoria dos cuidados prestados ao utente, e inclusive, podendo ser aprofundado futuramente noutras áreas, considero que a opinião dos profissionais afectos aos serviços é fundamental, pelo que gostaria igualmente de efectuar algumas entrevistas aos referidos funcionários.

Neste sentido, permito-me assinalar o interesse para o Conselho de Administração em detectar possíveis disfuncionamentos no seio da Instituição, na expectativa de toda a colaboração que me possa prestar relativa à operacionalização do projecto.

Com os melhores cumprimentos,

A Mestranda

M.<sup>a</sup> Amélia S. Carvalheira

## Anexo I I - Guião de Entrevista

O presente guião é para ser administrado aos profissionais directamente afectos aos respectivos serviços de consulta externa, nomeadamente funcionários administrativos, médicos, enfermeiros auxiliares de acção médica .

Após ter respondido à questão que lhe é colocada, será solicitado ao inquirido uma resposta síntese utilizando uma escala de 0 a 4, cuja correspondência é:

- 0= Não sabe/Não responde
- 1= Mediocre
- 2= Pouco satisfatório
- 3= Satisfatório
- 4= Muito Bom

para uniformizar o tipo de respostas e facilitar o posterior tratamento de dados.

### 1. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS PRESTADOS AOS UTENTES

- a) Como classifica a qualidade do atendimento do pessoal administrativo? Designadamente descrevendo quais os atributos que considera relevantes para a definição de qualidade desses mesmos serviços.
- b) Relativamente a todo o processo administrativo, sua articulação com os vários serviços, nomeadamente o arquivo clínico, e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, gostaria de se pronunciar?
- c) Considera as normas e regulamentos internos actualmente em vigor devidamente ajustadas à realidade deste serviço?
- d) Os horários e distribuição de doentes funcionam da melhor forma?
- e) Tempo médio de espera para ser atendido no “guichet”:
  - ☐ Menos de 15 minutos
  - ☐ Entre 15 a 30 minutos
  - ☐ Entre 30 a 60 minutos
  - ☐ Mais de 1 hora
  - ☐ Não sabe/Não responde
- f) Tempo médio de espera entre o pedido e o dia da consulta:
  - ☐ Menos de uma semana
  - ☐ Entre 1 a 2 semanas
  - ☐ Entre 3 a 4 semanas
  - ☐ Mais de um mês
  - ☐ Não sabe/Não responde

## 2. ASPECTOS DAS CONSULTAS EXTERNAS

- a) Como classifica o ambiente da sala de espera ?
- b) Considera que são prestadas todas as informações necessárias ao utente, para que ele diminua a sua ansiedade e os tempos de espera?
- c) Tempo médio de espera para ser atendido pelo médico depois de passar pelo “guichet”
  - ☐ Menos de 15 minutos
  - ☐ Entre 15 a 30 minutos
  - ☐ Entre 30 a 60 minutos
  - ☐ Mais de 1 hora
  - ☐ Não sabe/Não responde
- d) Os gabinetes de consulta, encontram-se adequados em termos de espaço físico e equipamentos? Permitem privacidade e fácil acesso aos utentes?

## 3. SERVIÇOS CLÍNICOS PRESTADOS AOS UTENTES:

- a) Como classifica a qualidade dos serviços prestados pelos médicos? Designadamente descrevendo quais os atributos que considera relevantes para a definição de qualidade desses mesmos serviços.
- b) Como classifica a qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros? Designadamente descrevendo quais os atributos que considera relevantes para a definição de qualidade desses mesmos serviços.

## 4. OUTROS SERVIÇOS

Como classifica a qualidade dos serviços prestados pelos seguintes serviços:

- a) Serviço de Imagiologia (Raio X):
- b) Laboratório de Patologia Clínica (Análises):
- c) Auxiliares de Acção Médica:

## 5. O HOSPITAL NA GLOBALIDADE

De uma forma muito sucinta e utilizando a escala anterior como classifica :

- a) Serviços de apoio (bar):
- b) Sinalética/informação diversa, disponível ao longo do hospital:
- c) Acesso ao hospital (transportes, estacionamento, outros)
- d) Classificação global do hospital

## 5. ASPECTOS “TÉCNICOS” DOS SERVIÇOS DE CONSULTA EXTERNA

Da mesma forma que nas perguntas anteriores, com base na mesma tabela, classifique as seguintes afirmações:

- a) Compromisso com a qualidade
- b) Acesso aos administradores e administração do hospital para troca de informação e debate de ideias.
- c) Interesse pelas ideias dos médicos
- d) Interesse pelas ideias dos enfermeiros
- e) Interesse pelas ideias do pessoal administrativo
- f) Interesse pelas ideias dos auxiliares de acção médica
- g) Intercomunicação entre serviços
- h) Aproveitamento dos recursos

## 7. SUGESTÃO DE MELHORIA DO SERVIÇO PRESTADO AOS PACIENTES:

O que é que o hospital poderia fazer para melhorar a qualidade dos serviços prestados aos utentes?

## Anexo III - Questionário



Universidade Técnica de Lisboa  
FACULDADE SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO



### Mestrado em Sociologia Económica e das Organizações

#### Questionário

#### SATISFAÇÃO DO UTENTE DA CONSULTA EXTERNA

##### DESLOCAÇÃO DO UTENTE AO HOSPITAL

1. Qual o motivo da sua ida ao serviço de consultas externas?

- ☐1 Vir à consulta por doença.
- ☐2 Vir à consulta por ter tido um acidente.
- ☐3 Vinha à consulta, mas foi desmarcada.
- ☐4 Precisava de uma receita médica.
- ☐5 Outra razão \_\_\_\_\_

2. Experiências Anteriores:

- ☐1 É a 1ª vez que vem a esta consulta
- ☐2 Já utilizou esta consulta pelo menos 2 vezes nos últimos 3 meses
- ☐3 Já utilizou outras consultas do hospital
- ☐4 Já utilizou outros serviços do hospital, pela mesma doença ou lesão
- ☐5 Já utilizou outros serviços do hospital, por outra doença ou lesão



3. Na 1ª vez que veio a esta consulta, veio referenciado por:

- ☐1 Centro de Saúde
- ☐2 Um serviço do Hospital
- ☐3 Um outro Hospital
- ☐4 Um médico particular
- ☐5 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

4. Como procedeu para marcar a consulta?

- ☐1 Deslocou-se ao Hospital
- ☐2 Foi marcada pelo Centro de Saúde
- ☐3 Foi marcada pelo Hospital
- ☐4 Outra. Especifique \_\_\_\_\_

5. Quanto tempo esperou pela realização da consulta? \_\_\_\_\_

6. Sentiu-se mal antes da data da consulta?

- ☐1 Sim, fui a um centro de Saúde
- ☐2 Sim, fui ao serviço de Urgência
- ☐3 Sim, fui pessoalmente falar com o médico
- ☐4 Sim, fui a outro hospital
- ☐5 Não, tudo correu bem

7. Foi sozinho à consulta?

- ☐1 Sim. **Passe para a pergunta 9**
- ☐2 Não

8. Se foi acompanhado/a de um familiar ou de outra pessoa, como é que eles foram tratados e informados?

- ☐1 Muito bem
- ☐2 Bem
- ☐3 Razoavelmente
- ☐4 Mal
- ☐5 Não pediram qualquer informação

9. Quando chegou às consultas, foi rapidamente atendido/a pela funcionária administrativa que o/a orientou pedindo que aguardasse a sua vez

- ☐1 Sim
- ☐2 Não

10. Em relação à funcionária administrativa que a atendeu, considera-a:

- ☐1 Simpática
- ☐2 Antipática
- ☐3 Indiferente

11. Considera o atendimento da funcionária administrativa:

- ☐1 Eficiente
- ☐2 Incompetente
- ☐3 Desorganizado

12. Na altura, face à sua situação, quanto tempo achou que ia ter de esperar até ser visto/a pelo médico?

- ☐1 Imediatamente
- ☐2 Esperar 15 minutos
- ☐3 Esperar 30 minutos
- ☐4 Esperar 1 hora
- ☐5 Esperar mais de 2 horas, nomeadamente \_\_\_\_\_ horas.

13. Quanto tempo passou até começar a ser visto/a ?

- ☐1 Imediatamente, logo que cheguei
- ☐5 Em menos de 30 minutos
- ☐3 Entre 30 minutos a 1 hora
- ☐4 Entre 1 a 2 horas
- ☐5 Após mais de 2 horas, nomeadamente \_\_\_\_\_ horas.

14. Onde esteve à espera, a maior parte do tempo?

- ☐1 Numa sala de espera
- ☐2 No gabinete das consultas
- ☐3 No corredor
- ☐4 Numa cadeira de rodas
- ☐5 Fui tratado/a imediatamente

15. O que achou do tempo que teve de estar à espera?

- ☐1 Não tive que esperar
- ☐2 Aceitável
- ☐3 Longo
- ☐4 Muito Longo

16. Foi-lhe dada alguma informação/explicação acerca das possíveis demoras no atendimento?
- ☐1 Sim, deram-me uma informação/explicação
  - ☐2 Não, não me deram explicação para a demora, mas gostaria de ter sabido alguma coisa
  - ☐3 Não, não tive que esperar muito tempo

17. Na sua opinião, qual era o movimento das Consultas enquanto lá esteve?
- ☐1 Estava calmo
  - ☐2 Estava algum movimento
  - ☐3 Estava muito movimento
  - ☐4 Não sei avaliar

- 18.Como se sentiu enquanto esperava pelo médico? Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o numero apropriado.  
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

	Sim	Não Sei	Não
Calmo/a e sossegado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Estava a sofrer muito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentiu-se a desmaiar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentiu-se esquecido/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentiu-se discriminado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Outros Comentários _____			

19. Quantas vezes veio ao hospital devido a esta consulta?
- Para marcar a consulta\_\_\_\_ vezes
  - Para marcar exames\_\_\_\_vezes
  - Para fazer exames\_\_\_\_vezes
  - Para vir buscar os resultados de exames\_\_\_\_\_ vezes
  - Para vir à consulta\_\_\_\_\_ vezes
  - Outra razão\_\_\_\_\_

- 20.Quanto aos tempos de espera devido a esta consulta, considera-se:
- ☐1 Satisfeito
  - ☐2 Indiferente
  - ☐3 Insatisfeito
  - ☐4 Não sabe/Não responde

AMENIDADES

21. Esta questão refere-se às condições das instalações no serviço de Consultas Externas.  
Por favor responda a **todas as perguntas**, assinalando com um **X** o numero apropriado.  
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

Qual a sua opinião sobre:

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Não sei	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Acesso ao bar ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
A possibilidade de utilizar o telefone?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
As condições de limpeza do Serviço de consultas Externas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
O conforto da sala de espera? (ruído, temperatura, cadeiras, jornais, TV)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Condições da sala de Consulta? ( conforto, privacidade e aspecto geral do local onde se realizou a sua consulta)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
O equipamento? (forma como o equipamento lhe pareceu estar actualizado e em funcionamento)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
As instalações sanitárias?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Outros comentários					

CUIDADOS MÉDICOS

22. O que pensa sobre a observação que o médico fez? Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o número apropriado.  
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

	Sim	Não	Não Sei
O médico fez-me uma observação cuidadosa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
O médico limitou-se a ouvir as minhas queixas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
A consulta correu com grande privacidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
A consulta durou pouco tempo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
O médico inspirou-me confiança	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

23. Sabe o nome do médico que o/a examinou ou tratou?

- ☐1 Sim
- ☐2 Não

24. Considera o médico:

- ☐1 Simpático
- ☐2 Antipático
- ☐3 Indiferente

25. Considera o esclarecimento do médico durante a consulta:

- ☐1 Claro
- ☐2 Confuso
- ☐3 Não esclarecedor

26. Quais foram os resultados da sua ida à consulta? Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o numero apropriado.  
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

	Sim	Não
Foi-lhe dada alta depois de ter sido consultado/a ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Foi enviado/a para o médico de família?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Foi enviado/a para o Internamento?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Foi encaminhado para outra especialidade?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Foi-lhe passada uma receita?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Foi-lhe pedido para fazer um raio x, análise ou outros exames?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Foi observado/a, mas disseram-lhe para estar atento/a à evolução do seu estado e voltar à consulta, se necessário?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

27. Qualifica o serviço que lhe foi prestado como:

- ☐1 Mau
- ☐2 Mediocre
- ☐3 Razoável
- ☐4 Bom
- ☐5 Muito Bom

OPINIÃO GERAL

28. Em geral, ficou satisfeito/a com o seguinte? Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o numero apropriado.  
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Não sei	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
O acesso ao hospital? (transportes, estacionamento)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Localização do Serviço? <b>(local onde a consulta se realiza)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sinalização dos serviços? (facilidade de orientar dentro do hospital)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sensibilidade para os problemas? (sensibilidade do pessoal em relação aos seus problemas e preocupações)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Os cuidados individuais que lhe foram prestados? <b>(serviços médicos e administrativos)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
As informações que lhe deram, durante o tempo que esteve no serviço de consultas externas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Qualidade dos serviços prestados pelo pessoal de enfermagem?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Qualidade dos serviços prestados por outros profissionais de saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Os resultados da consulta? (medida em que a consulta contribuiu para diminuir a sua ansiedade)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Edifício (a sua opinião sobre as instalações e equipamentos em geral)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

29. Após esta consulta, diria que a impressão com que ficou da consulta externa é (comparando com consultas que fez noutros locais):

- 1 Muito Melhor
- 2 Ligeiramente melhor
- 3 A mesma coisa
- 4 Ligeiramente pior
- 5 Muito Pior

SUGESTÕES

30. Caso não esteja satisfeito com o atendimento, quem ou o que considera que poderia contribuir para a melhoria da qualidade do mesmo?

- 1 Médicos
- 2 Funcionários
- 3 Enfermeiros
- 4 Equipamentos
- 5 Instalações
- 6 Não sabe Não responde

31. Se fizesse uma sugestão o que gostaria de ver mudado neste Hospital?

CARACTERISTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS UTENTES

32. Idade: \_\_\_\_\_ anos.

33. Sexo:

- ☐1 Feminino
- ☐2 Masculino

34. Área de Residência:

- ☐1 Concelho do Barreiro
- ☐2 Concelho da Moita
- ☐3 Concelho de Alcochete
- ☐4 Concelho do Montijo
- ☐5 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

35. Estado Civil:

- ☐1 Solteiro/a
- ☐2 Casado/a ou União de Facto
- ☐3 Divorciado/a ou Separado/a
- ☐4 Viuvo/a

36. Escolaridade:

- ☐1 Não sabe ler nem escrever
- ☐2 Ensino Básico Primário (tem a 3ª ou a 4ª Classe)
- ☐3 Ensino Básico Preparatório ( 6 anos de escolaridade)
- ☐4 Ensino Secundário Unificado ( 9 anos de escolaridade)
- ☐5 Ensino Secundário Complementar ( 11 ou 12 anos de escolaridade)
- ☐6 Curso Médio
- ☐7 Curso Superior

37. Situação actual perante o trabalho:

- ☐1 Empregado/a
- ☐2 Desempregado/a
- ☐3 Doméstica
- ☐4 Estudante
- ☐5 Reformado/a
- ☐6 Outra. Qual \_\_\_\_\_



38. Rendimento mensal líquido do agregado familiar:

- ☐1 Menos do que 300 Euros
- ☐2 Entre 300 e 500 Euros
- ☐3 Entre 500 e 750 Euros
- ☐4 Entre 750 e 1000 Euros
- ☐5 Entre 1000 e 1250 Euros
- ☐6 Entre 1250 e 1500 Euros
- ☐7 Mais de 1500 Euros
- ☐8 Não sabe/ Não responde

39. É funcionária desta Instituição?

- ☐1 Sim
- ☐2 Não

40. Alguém da sua família é funcionária desta Instituição?

- ☐1 Sim
- ☐2 Não

Muito Obrigado pela colaboração !

FIM

Anexo I V– Caracterização da População

Quadro n.º 1 - Distribuição dos utentes por idades

IDADE	FREQ.	%	% VÁLIDA
0 – 14	6	3,5	3,6
15 – 24	8	4,7	4,8
25 – 34	12	7,1	7,3
35 – 44	18	10,6	10,9
45 – 54	22	12,9	13,3
55 – 64	38	22,4	23,0
65 – 74	37	21,8	22,4
>= 75	24	14,1	14,5
Não responde	5	2,9	-
TOTAL	170	100,0	100,0

Quadro nº2 - Distribuição dos utentes por sexo.

SEXO	FREQ.	%
Feminino	108	63,5
Masculino	62	36,5
TOTAL	170	100,0

Quadro n.º 3 - Situação dos utentes face ao trabalho, por especialidade.

SITUAÇÃO FACE AO TRABALHO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Empregado(a)	18	22,2	26	29,2	44	25,9
Desempregado(a)	3	3,7	10	11,2	13	7,6
Doméstica	7	8,6	15	16,9	22	12,9
Estudante	3	3,7	4	4,5	7	4,1
Reformado(a)	44	54,3	29	32,6	73	42,9
Outra	2	2,5	4	4,5	6	3,5
Não responde	4	4,9	1	1,1	5	2,9
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro n.º 4 - Estado Civil dos utentes, por especialidade.

ESTADO CIVIL	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Solteiro(a)	9	11,1	12	13,5	21	12,4
Casado(a) ou em União de Facto	56	69,1	64	71,9	120	70,6
Divorciado(a) ou Separado(a)	1	1,2	5	5,6	6	3,5
Viúvo(a)	15	18,5	8	9,0	23	13,5
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº5 - Rendimento mensal liquido do agregado familiar, por especialidade.

RENDIMENTO MENSAL LIQUIDO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
menos de 300 euros	37	45,7	17	19,1	54	31,8
entre 300 e 500 euros	11	13,6	20	22,5	31	18,2
entre 500 e 750 euros	11	13,6	11	12,4	22	12,9
entre 750 e 1000 euros	4	4,9	4	4,5	8	4,7
entre 1000 e 1250 euros	3	3,7	7	7,9	10	5,9
entre 1250 e 1500 euros	3	3,7	3	3,4	6	3,5
mais de 1500 euros	0	0,0	4	4,5	4	2,4
Não responde	12	14,8	23	25,8	35	20,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Anexo V – Caracterização do acesso aos cuidados de saúde

Quadro n.º 6 - Motivo da ida do utente ao serviço de consultas externas

MOTIVO DA DESLOCAÇÃO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Vir à consulta por doença	74	91,4	8	9,0	82	48,2
Vir à consulta por ter tido um acidente	2	2,5	78	87,6	80	47,1
Vir à consulta, mas foi desmarcada	3	3,7	1	1,1	4	2,4
Receita médica	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fazer tratamentos	1	1,2	0	0,0	1	0,6
Fazer pensos	0	0,0	2	2,2	2	1,2
Fazer laser	1	1,2	0	0,0	1	0,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro n.º 7 - Experiências anteriores dos utentes

EXPERIÊNCIAS ANTERIORES	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
É a 1ª vez que vem a esta consulta	11	13,6	22	24,7	33	19,4
Já utilizou esta consulta pelo menos 2 vezes nos últimos 3 meses	52	64,2	38	42,7	90	52,9
Já utilização outras consultas do hospital	14	17,3	8	9,0	22	12,9
Já utilizou outros serviços do Hospital pela mesmas doença ou lesão	1	1,2	15	16,9	16	9,4
Já utilizou outros serviços do Hospital por outra doença ou lesão	3	3,7	6	6,7	9	5,3
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Anexo V I – Análise da Satisfação dos Utentes

ACESSO AOS CUIDADOS

Quadro nº8 – Estado de saúde do utente agravou antes da consulta e procedimento efectuado.

PROCEDIMENTO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim, fui a um centro de saúde	6	7,4	7	7,9	13	7,6
Sim, fui ao serviço de urgência	13	16,0	10	11,2	23	13,5
Sim, fui pessoalmente falar com o médico	1	1,2	11	12,4	12	7,1
Sim, fui a outro hospital	1	1,2	0	0,0	1	0,6
Não, tudo correu bem	60	74,1	61	68,5	121	71,2
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº 9 – O utente foi sozinho à consulta?

ACOMPANHADO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	42	51,9	50	56,2	92	54,1
Não	39	48,1	39	43,8	78	45,9
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº10 – Como foi tratada ou informada a pessoa que acompanhou o utente?

INFORMAÇÃO ACOMPANHANTE	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito bem	3	7,1	6	12,0	9	9,8
Bem	8	19,0	6	12,0	14	15,2
Razoavelmente	11	26,2	17	34,0	28	30,4
Mal	3	7,1	5	10,0	8	8,7
Não pediram qualquer informação	17	40,5	16	32,0	33	35,9
TOTAL	42	100,0	50	100,0	92	100,0

Quadro nº11 – Rapidez com que o utente foi atendido pelo funcionário administrativo.

ATENDIMENTO RÁPIDO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	70	86,4	67	75,3	137	80,6
Não	11	13,6	22	24,7	33	19,4
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº12 – Como o utente vê a funcionária administrativa que o atendeu.

COMPORTAMENTO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Simpática	76	93,8	64	71,9	140	82,4
Antipática	2	2,5	6	6,7	8	4,7
Indiferente	3	3,7	19	21,3	22	12,9
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº13 - Trabalho efectuado pela funcionária administrativa

TRABALHO EFECTUADO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Eficiente	75	92,6	70	78,7	145	85,3
Incompetente	0	0,0	1	1,1	1	0,6
Desorganizado	6	7,4	18	20,2	24	14,1
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº14 - Local onde o utente esteve à espera para ser observado pelo médico.

LOCAL	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Numa sala de espera	44	54,3	45	50,6	89	52,4
No gabinete das consultas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
No corredor	34	42,0	37	41,6	71	41,8
Numa cadeira de rodas	0	0,0	5	5,6	5	2,9
Fui tratado(a) imediatamente	3	3,7	2	2,2	5	2,9
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº15 - Informação/Explicação dadas ao utente relativamente às demoras no atendimento

INFORMAÇÃO/EXPLICAÇÃO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim, deram-me uma informação/explicação	12	14,8	7	7,9	19	11,2
Não, não me deram explicação para a demora, mas gostaria de ter sabido alguma coisa	65	80,2	76	85,4	141	82,9
Não, não tive de esperar muito tempo	4	4,9	6	6,7	10	5,9
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº16 – Percepção do utente relativamente ao movimento das consultas enquanto lá permaneceu.

MOVIMENTO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Estava calmo	12	14,8	7	7,9	19	11,2
Estava algum movimento	20	24,7	29	32,6	49	28,8
Estava muito movimento	47	58,0	48	53,9	95	55,9
Não sei avaliar	2	2,5	5	5,6	7	4,1
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº17 - Como o utente se sentiu enquanto esperava pelo médico.

CALMO(A) E SOSSEGADO(A)	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	74	91,4	65	73,0	139	81,8
Não	7	8,6	24	27,0	31	18,2
Não sei	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº18 - Como o utente se sentiu enquanto esperava pelo médico.

ESTAVA A SOFRER MUITO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	30	37,0	36	40,4	66	38,8
Não	51	63,0	52	58,4	103	60,6
Não sei	0	0,0	1	1,1	1	0,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº19 - Como o utente se sentiu enquanto esperava pelo médico.

SENTIU-SE A DESMAIAR	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	0	0,0	1	1,1	1	0,6
Não	81	100,0	88	98,9	169	99,4
Não sei	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº20 - Como o utente se sentiu enquanto esperava pelo médico.

SENTIU-SE ESQUECIDO(A)	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	12	14,8	23	25,8	35	20,6
Não	53	65,4	60	67,4	113	66,5
Não sei	16	19,8	6	6,7	22	12,9
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº21 - Como o utente se sentiu enquanto esperava pelo médico.

SENTIU-SE DESCRIMINADO(A)	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	1	1,2	2	2,2	3	1,8
Não	77	95,1	81	91,0	158	92,9
Não sei	3	3,7	6	6,7	9	5,3
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº22 – Numero de vezes que o utente se deslocou ao hospital devido a esta consulta.

MARCAR CONSULTA	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Nenhuma	68	86,1	52	76,5	120	81,6
Uma	8	10,1	10	14,7	18	12,2
Duas	2	2,5	4	5,9	6	4,1
Três	1	1,2	1	1,5	2	1,4
Quatro	0	0,0	1	1,5	1	0,7
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0



Quadro nº23 – Numero de vezes que o utente se deslocou ao hospital devido a esta consulta.

MARCAR EXAMES	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Nenhuma	63	77,8	47	52,8	110	64,7
Uma	15	18,5	29	32,6	44	25,9
Duas	2	2,5	8	9,0	10	5,9
Três	1	1,2	3	3,4	4	2,4
Quatro	0	0,0	2	2,2	2	1,2
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº24 – Numero de vezes que o utente se deslocou ao hospital devido a esta consulta.

FAZER EXAMES	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Nenhuma	56	69,1	58	65,2	114	67,1
Uma	22	27,2	20	22,5	42	24,7
Duas	2	2,5	5	5,6	7	4,1
Três	1	1,2	5	5,6	6	3,5
Quatro	0	0,0	1	1,1	1	0,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº25 – Numero de vezes que o utente se deslocou ao hospital devido a esta consulta.

RESULTADOS DE EXAMES	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Nenhuma	77	95,1	65	73,0	142	83,5
Uma	3	3,7	17	19,1	20	11,8
Duas	0	0,0	4	4,5	4	2,4
Três	1	1,2	2	2,2	3	1,8
Quatro	0	0,0	1	1,1	1	0,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº26 – Numero de vezes que o utente se deslocou ao hospital devido a esta consulta.

VIR À CONSULTA	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Uma	53	65,4	70	78,7	123	72,4
Duas	24	29,6	11	12,4	35	20,6
Três	2	2,5	7	7,9	9	5,3
Quatro	2	2,5	1	1,1	3	1,8
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

AMENIDADES

Quadro n.º 27 - Condições das instalações no serviço de Consultas Externas

ACESSO AO BAR	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	5	6,2	2	2,2	7	4,1
Satisfeito	33	40,7	17	19,1	50	29,4
Não sei	16	19,8	33	37,1	49	28,8
Insatisfeito	25	30,9	26	29,2	51	30,0
Muito Insatisfeito	2	2,5	11	12,4	13	7,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro n.º 28 - Condições das instalações no serviço de Consultas Externas

UTILIZAR TELEFONE	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	2	2,5	2	2,2	4	2,4
Satisfeito	31	38,3	15	16,9	46	27,1
Não sei	39	48,1	48	53,9	87	51,2
Insatisfeito	7	8,6	14	15,7	21	12,4
Muito Insatisfeito	2	2,5	10	11,2	12	7,1
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro n.º 29 - Condições das instalações no serviço de Consultas Externas

LIMPEZA	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	6	7,4	11	12,4	17	10,0
Satisfeito	70	86,4	64	71,9	134	78,8
Não sei	2	2,5	9	10,1	11	6,5
Insatisfeito	3	3,7	4	4,5	7	4,1
Muito Insatisfeito	0	0,0	1	1,1	1	0,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro n.º 30 - Condições das instalações no serviço de Consultas Externas

EQUIPAMENTO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	4	4,9	3	3,4	7	4,1
Satisfeito	40	49,4	47	52,8	87	51,2
Não sei	33	40,7	28	31,5	61	35,9
Insatisfeito	3	3,7	10	11,2	13	7,6
Muito Insatisfeito	1	1,2	1	1,1	2	1,2
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro n.º 31 - Condições das instalações no serviço de Consultas Externas

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	2	2,5	2	2,2	4	2,4
Satisfeito	27	33,3	34	38,2	61	35,9
Não sei	21	25,9	40	44,9	61	35,9
Insatisfeito	24	29,6	13	14,6	37	21,8
Muito Insatisfeito	7	8,6	0	0,0	7	4,1
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

CUIDADOS MÉDICOS

Quadro nº32 - Observação feita pelo médico

OBSERVAÇÃO CUIDADOSA	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	74	91,4	73	82,0	147	86,5
Não	7	8,6	12	13,5	19	11,2
Não sei	0	0,0	4	4,5	4	2,4
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº33 - Observação feita pelo médico

LIMITOU-SE A OUVIR	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	49	60,5	45	50,6	94	55,3
Não	32	39,5	43	48,3	75	44,1
Não sei	0	0,0	1	1,1	1	0,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº34 - Observação feita pelo médico

PRIVACIDADE	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	36	44,4	62	69,7	98	57,6
Não	44	54,3	25	28,1	69	40,6
Não sei	1	1,2	2	2,2	3	1,8
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº35 - Observação feita pelo médico

POUCO TEMPO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	23	28,4	47	52,8	70	41,2
Não	57	70,4	39	43,8	96	56,5
Não sei	1	1,2	3	3,4	4	2,4
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº36 - Observação feita pelo médico

CONFIANÇA	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	76	93,8	81	91,0	157	92,4
Não	3	3,7	2	2,2	5	2,9
Não sei	2	2,5	6	6,7	8	4,7
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº37 – Utentes que sabem o nome do médico que o examinou

NOME MÉDICO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	67	82,7	73	82,0	140	82,4
Não	14	17,3	16	18,0	30	17,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº38 - Percepção do utente relativamente à atitude do médico que o examinou

ATITUDE	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Simpático	69	85,2	74	83,1	143	84,1
Antipático	7	8,6	5	5,6	12	7,1
Indiferente	5	6,2	10	11,2	15	8,8
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº39 – Como utente considerou o esclarecimento do médico durante a consulta

ESCLARECIMENTO MÉDICO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Claro	72	88,9	77	86,5	149	87,6
Confuso	3	3,7	3	3,4	6	3,5
Não esclarecedor	6	7,4	9	10,1	15	8,8
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº40 - Os resultados da ida à consulta

ALTA CONSULTA	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	3	3,7	2	2,2	5	2,9
Não	78	96,3	87	97,8	165	97,1
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº41 - Os resultados da ida à consulta

ENVIADO MÉDICO FAMILIA	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	3	3,7	11	12,4	14	8,2
Não	78	96,3	78	87,6	156	91,8
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº42 - Os resultados da ida à consulta

ENVIADO INTERNAMENTO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	10	12,3	2	2,2	12	7,1
Não	71	87,7	87	97,8	158	92,9
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº43 - Os resultados da ida à consulta

ENCAMINHADO P/OUTRA ESPECIALIDADE	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	7	8,6	11	12,4	18	10,6
Não	74	91,4	78	87,6	152	89,4
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº44 - Os resultados da ida à consulta

PASSADA RECEITA	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	58	71,6	32	36,0	90	52,9
Não	23	28,4	57	64,0	80	47,1
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº45 - Os resultados da ida à consulta

FAZER RAO X E OUTROS EXAMES	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	36	44,4	66	74,2	102	60,0
Não	45	55,6	23	25,8	68	40,0
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº46 - Os resultados da ida à consulta

DEVE ESTAR ATENTO E VOLTAR SE NECESSÁRIO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	56	69,1	60	67,4	116	68,2
Não	25	30,9	29	32,6	54	31,8
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

OPINIÃO GERAL

Quadro nº47 - Opinião geral do utente

ACESSO AO HOSPITAL	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	5	6,2	7	7,9	12	7,1
Satisfeito	56	69,1	62	69,7	118	69,4
Não sei	0	0,0	2	2,2	2	1,2
Insatisfeito	19	23,5	15	16,9	34	20,0
Muito Insatisfeito	1	1,2	3	3,4	4	2,4
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº48 - Opinião geral do utente

LOCALIZAÇÃO DO SERVIÇO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	2	2,5	8	9,0	10	5,9
Satisfeito	55	67,9	52	58,4	107	62,9
Não sei	3	3,7	4	4,5	7	4,1
Insatisfeito	18	22,2	24	27,0	42	24,7
Muito Insatisfeito	3	3,7	1	1,1	4	2,4
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº49 - Opinião geral do utente

SINALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	5	6,2	4	4,5	9	5,3
Satisfeito	47	58,0	43	48,3	90	52,9
Não sei	3	3,7	1	1,1	4	2,4
Insatisfeito	23	28,4	37	41,6	60	35,3
Muito Insatisfeito	3	3,7	4	4,5	7	4,1
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº50 - Opinião geral do utente

SENSIBILIDADE PARA OS PROBLEMAS	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	2	2,5	4	4,5	6	3,5
Satisfeito	35	43,2	37	41,6	72	42,4
Não sei	26	32,1	11	12,4	37	21,8
Insatisfeito	15	18,5	32	36,0	47	27,6
Muito Insatisfeito	3	3,7	5	5,6	8	4,7
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº51 - Opinião geral do utente

CUIDADOS INDIVIDUAIS	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	5	6,2	7	7,9	12	7,1
Satisfeito	65	80,2	69	77,5	134	78,8
Não sei	2	2,5	3	3,4	5	2,9
Insatisfeito	8	9,9	9	10,1	17	10,0
Muito Insatisfeito	1	1,2	1	1,1	2	1,2
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0



Quadro nº52 - Opinião geral do utente

INFORMAÇÕES	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	3	3,7	4	4,5	7	4,1
Satisfeito	30	37,0	22	24,7	52	30,6
Não sei	25	30,9	7	7,9	32	18,8
Insatisfeito	19	23,5	39	43,8	58	34,1
Muito Insatisfeito	4	4,9	17	19,1	21	12,4
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº53 - Opinião geral do utente

SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	4	4,9	3	3,4	7	4,1
Satisfeito	61	75,3	51	57,3	112	65,9
Não sei	14	17,3	26	29,2	40	23,5
Insatisfeito	2	2,5	6	6,7	8	4,7
Muito Insatisfeito	0	0,0	3	3,4	3	1,8
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº54 - Opinião geral do utente

SERVIÇOS DE OUTROS PROFISSIONAIS SAUDE	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	3	3,7	5	5,6	8	4,7
Satisfeito	55	67,9	57	64,0	112	65,9
Não sei	20	24,7	17	19,1	37	21,8
Insatisfeito	3	3,7	8	9,0	11	6,5
Muito Insatisfeito	0	0,0	2	2,2	2	1,2
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº55 - Opinião geral do utente

RESULTADOS DA CONSULTA	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	4	4,9	8	9,0	12	7,1
Satisfeito	64	79,0	63	70,8	127	74,7
Não sei	5	6,2	8	9,0	13	7,6
Insatisfeito	8	9,9	10	11,2	18	10,6
Muito Insatisfeito	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº56 - Opinião geral do utente

EDIFICIO	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito satisfeito	2	2,5	6	6,7	8	4,7
Satisfeito	56	69,1	63	70,8	119	70,0
Não sei	6	7,4	5	5,6	11	6,5
Insatisfeito	16	19,8	15	16,9	31	18,2
Muito Insatisfeito	1	1,2	0	0,0	1	0,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº57 - Impressão que o utente ficou do serviço de consultas externas após esta consulta

IMPRESSÃO QUE FICOU	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Muito melhor	5	6,2	9	10,1	14	8,2
Ligeiramente melhor	15	18,5	26	29,2	41	24,1
A mesma coisa	54	66,7	49	55,1	103	60,6
Ligeiramente pior	5	6,2	4	4,5	9	5,3
Muito pior	2	2,5	1	1,1	3	1,8
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº58 - Quem , ou o que o utente considera que poderia contribuir para a melhoria da qualidade do serviço de consultas externas

QUEM OU O QUÊ?	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Médicos	2	2,5	8	9,0	10	5,9
Funcionários	5	6,2	20	22,5	25	14,7
Enfermeiros	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Equipamentos	26	32,1	2	2,2	28	16,5
Instalações	17	21,0	29	32,6	46	27,1
Não sabe/não responde	31	38,3	30	33,7	61	35,9
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0

Quadro nº59 - Sugestões para melhoria do serviço

RESPONDERAM	OFTALMOLOGIA		ORTOPEDIA		TOTAL	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
Sim	56	69,1	62	69,7	118	69,4
Não	25	30,9	27	30,3	52	30,6
TOTAL	81	100,0	89	100,0	170	100,0